

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

POUR LE

N°
355

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Albert DURUY

Né à Paris, le 10 août 1898

Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Moniteur de Tubage et de Trachéotomie du Service de la Diphtérie
(Hôpital des Enfants-Malades)

LE TRAITEMENT

DES

COLLECTIONS PURULENTES

PAR LA

PROTÉINOTHÉRAPIE LOCALE

(Travail du Service de M. le Professeur agrégé SÉZARY)

(HOPITAL ST-LOUIS)

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Albert DURUY

Né à Paris, le 10 août 1898

Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Moniteur de Tubage et de Trachéotomie du Service de la Diphtérie
(Hôpital des Enfants-Malades)

LE TRAITEMENT

DES

COLLECTIONS PURULENTES

PAR LA

PROTÉINOTHÉRAPIE LOCALE

(Travail du Service de M. le Professeur agrégé SÉZARY)

(HOPITAL ST-LOUIS)

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1929

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIERE . . Chimie biologique.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHIRAY . . } Pathologie médicale.
 CLERC . . . }
 DEBRÉ . . . Hygiène.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . Pathologie médicale.
 GARNIER . . Pathologie expérimentale.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 HARVIER . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL . . Pathologie médicale.
 JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique
 LEVY-SOLAI. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN . . . Pathologie médicale.
 MATHIEU . . Pathologie chirurgicale.
 MERCIER (Fernand) . . . Pharmacologie.
 METZGER . . Obstétrique.
 MONDOR . . Pathologie chirurgicale
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale
 MULON . . . Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . Anatomie.
 PHILIBERT . Bactériologie
 QUENU . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . Physiologie.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET . . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . Histologie.
 ZIMMERN . . Physiologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

a titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE . .	} Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY . .		MOCQUOT . .	} Clinique chirurgicale.
CHEVASSU .		PROUST . .	
LIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	SCHWARTZ	
LE LORIER. .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Education physique.
WEILL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE
DE CEUX DES MIENS QUI NE SONT PLUS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur BEZANÇON

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique médicale

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

*Qui, sans me connaître, m'a accueilli
dans son service avec sa bienveil-
lance coutumière, et m'a prodigué
les trésors de son enseignement une
année durant, prémisses d'autres
plus belles encore qui vont s'écouler
maintenant. Qu'il trouve ici l'ex-
pression de mon admiration, de
ma respectueuse affection, de ma
très grande reconnaissance qu'il
augmente encore en me faisant
l'honneur de présider cette thèse.*

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur LEMIERRE

Professeur de Bactériologie
Médecin de l'Hôpital Bichat

*Qui m'a pris tout jeune interne, m'a
façonné de ses mains puissantes et
m'a enseigné sa merveilleuse mé-
thode.*

*En témoignage de ma respectueuse
admiration et de mon profond atta-
chement.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur BRÜHL

Médecin de l'Hôpital Bichat

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur BABONNEIX

Médecin de la Charité

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur LEREBoullet

Professeur de Clinique Médicale Infantile
Médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés

*Hommage de reconnaissance pour
tout ce qu'ils m'ont appris,*

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur agrégé SÉZARY

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

*Dont l'esprit sans cesse en éveil a
trouvé le sujet de ce travail qu'il a
dirigé avec une affectueuse sollici-
tude.*

*Hommage de très grande reconnais-
sance, de profond attachement pour
le Maître qu'on apprend à aimer en
même temps qu'à le connaître.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage

- 1919-1920. — M. le Professeur DELBET.
— M. le Docteur SOULIGOUX.
— M. le Docteur CLAISSE.

Externat

- 1921-1922. — M. le Professeur OMBRÉDANNE.
1922-1923. — M. le Docteur KLIPPEL.
— M. le Docteur FLORAND (*in memoriam*).
1923-1924. — M. le Docteur FAURE-BEAULIEU.
— M. le Professeur agrégé LÉRI.
— M. le Docteur MAY (service du Prof. Vidal).
1924-1925. — M. le Docteur CLAISSE.

Internat

1925. — M. le Professeur DELBET.
1925-1926. — M. le Professeur LEMIERRE.
1926-1927. — M. le Docteur BRUHL.
— M. le Docteur BABONNEIX.
1927-1928. — M. le Professeur BEZANÇON.
1928-1929. — M. le Professeur LEREBoullet.
— M. le Professeur agrégé SÉZARY.

A MES AUTRES MAÎTRES

MM. les Docteurs L. BAZY et MONDOR
Chirurgiens des Hôpitaux

MM. les Docteurs MOREAU, M.-L. KINDBERG, M.-P. WEIL
Médecins des Hôpitaux

A MES MAÎTRES ET AMIS

MM. les Docteurs DE GENNES, E. BERNARD, A. JACQUELIN
Médecins des Hôpitaux

MM. J. C. BLOCH, BOPPE
Chirurgiens des Hôpitaux

*Qui veulent bien m'honorer de leur sym-
pathie.*

A Monsieur le Docteur GUY

Préparateur au Laboratoire de bactériologie de la Faculté

*Dont les conseils toujours si précieux
m'ont été particulièrement utiles.*

EXPOSÉ

Au mois d'août 1927, notre maître, M. le Pr agrégé SÉZARY, remplaçant à Saint-Louis M. le Pr JEANSELME, tenta, pour guérir un bubon chancrelleux, d'injecter, au lieu et place du vaccin de Hababou-Sala communément employé dans le service et qui manquait à ce moment; du bouillon peptoné préparé au laboratoire. On sait que ce milieu de culture est obtenu en ajoutant 20 gr. de peptone Chapoteaut et 5 gr. de sel à un litre environ de macération de viande de bœuf. Les résultats furent très encourageants.

Un peu plus tard, M. SÉZARY traita par des injections locales d'eau peptonée à 2 % des bubons chancrelleux chez deux malades pour lesquels étaient contre-indiqué l'emploi du vaccin de Nicolle. Les heureux effets de cette thérapeutique étaient signalés à la Société Médicale des Hôpitaux au mois d'avril 1928.

Nous en avons continué l'étude et avons appliqué le même traitement à diverses collections suppurées aiguës telles que hidrosadénites axillaires, bartholinites, adénophlegmon du cou, abcès de la fosse ischio-rectale. Les guérisons obtenues ont été si simples et si rapides dans la plupart des cas que nous avons cherché à pré-

ciser une technique qui pût se montrer constante dans ses résultats et éviter ainsi aux malades l'opération plus ou moins importante qu'il est de règle d'opposer à de telles suppurations.

Nos observations se décomposent ainsi :

Bubons	12 cas
Bartholinites	33 cas
Hidrosadénites axillaires	4 cas
Abcès chauds de siège divers	3 cas
Adénophlegmon carotidien	1 cas

Nous exposons dans ce travail, les directives de la méthode, et en étudions l'application à chaque cas particulier. Enfin nous essayons d'interpréter le mode d'action de cette protéinothérapie locale qui nous a donné dans l'ensemble des résultats aussi satisfaisants ; pour 53 cas traités de la sorte nous ne comptons que 7 échecs, ce qui nous donne 87 % de succès.

TECHNIQUE GÉNÉRALE DE LA PROTHÉINOTHÉRAPIE LOCALE

I. — Choix de la peptone et forme sous laquelle elle doit être employée

De la nature de la peptone injectée dépend une grosse part de la réussite. Si l'on se reporte par exemple à nos observations de bartholinites, l'on s'aperçoit que jusqu'au 22 février 1929 (obs. n° 13), les résultats thérapeutiques ont été rapides et constants. C'est seulement après cette date qu'ont été observés des succès ou des guérisons plus lentes. Or c'est à ce moment que la peptone dont nous disposions a été changée, et que l'on nous a délivré un produit beaucoup moins pur. On sait qu'il y a des peptones plus ou moins riches en acides aminés : la peptone Chapoteaut contient des albumoscies et peptones ; la peptone Defresne (Macker) contient des peptides et des peptones ; la peptone de Witté ne contient que des peptones, c'est la plus évoluée de toutes. Selon ces qualités l'efficacité de la solution peut varier : ce fait ne surprendra pas les bactériologistes qui connaissent bien les affinités de chaque germe pour telle ou telle peptone. Il est donc indispensable d'user

d'une peptone de fibrine d'une parfaite pureté telle que la peptone de Witte qui servait à nos premiers essais.

Nous l'employons sous deux formes, l'eau peptonée, la crème peptonée.

L'eau peptonée est injectée dans les collections fermées en raison de sa facile résorption.

Nous formulons :

Peptone de Witte. 0 gr. 50

Eau distillée 5 cc.

Pour une ampoule stérile.

La conservation des ampoules est parfaite. Leur contenu reste limpide plusieurs mois. Au contraire lorsqu'on emploie une peptone impure, la solution devient louche et floconneuse en quelques jours, et il faudra se garder de l'employer.

Pour traiter les collections ouvertes, nous préférons user de crème peptonée qui, plus consistante, persiste facilement un ou deux jours dans les collections même largement fistulisées.

Nous formulons :

Peptone de Witte. 10 gr.

Eau distillée 10 gr.

Lanoline. 20 gr.

Vaseline. 60 gr.

Cette crème est préparée suivant le mode habituel : on fait dissoudre la peptone dans l'eau distillée, puis on ajoute la lanoline qui absorbe la solution et on étend

avec de la vaseline. La crème est parfaitement stérilisable. Il faut seulement prendre la précaution de l'agiter pendant le refroidissement, ce qui évite la dissociation de ses divers éléments ainsi que nous l'a enseigné notre collègue et ami Laurent, interne en pharmacie à Saint-Louis.

Nous avons essayé des concentrations plus fortes à 15 ou 20 %. Les guérisons n'ont pas été plus rapides, et nous avons noté le caractère douloureux de l'injection, la possibilité d'irritation des muqueuses. Nous sommes donc revenu à l'emploi de nos premières formules que seules nous préconisons.

II. — Conduite générale du traitement

La conduite à tenir est différente en cas de collection fermée et de collection ouverte.

1° Collections fermées. — Tous les deux jours, ponctionner la collection, évacuer le pus, injecter à sa place de l'eau peptonée stérilisée à 10 % en quantité moitié moindre.

Il nous est souvent arrivé d'injecter un volume d'eau peptonée égal ou même supérieur à celui du pus retiré, en raison de l'écoulement qui se produit toujours lorsqu'on retire l'aiguille. Mais nous n'avons jamais dépassé la dose de 6 cm³ d'eau peptonée. Deux à quatre injections sont suffisantes dans la plupart des cas. Nous pensons qu'il est indispensable de pratiquer au moins trois injections, même si le pus ne s'est pas reproduit après la seconde. C'est là le minimum nécessaire.

Nous avons aussi injecté de l'eau peptonée dans les nodules ou placards fibreux qui persistent après guérison de la collection : la disparition en a été hâtée.

Ainsi aux collections fermées s'adresse la seule injection d'eau peptonée. Malgré les heureux résultats qu'a donné une injection de crème peptonée dans un cas d'hydrosadenite non fistulisée (obs. n° 3) nous ne saurions trop déconseiller une telle pratique qui peut être justiciable de complications inflammatoires (obs. Bartholinites n° 20). La conservation de ce produit ne peut être en effet entourée des mêmes garanties d'asepsie que celle de l'eau peptonée.

2° Collections ouvertes. — (qu'il s'agisse de fistulisation ou d'incision chirurgicale). Tous les jours vider la cavité par expression ou aspiration à la seringue, la remplir de crème peptonée à 10 % préalablement liquéfiée au bain-marie et sur le point de se raffermir. Suivant le calibre de l'orifice de fistulisation, on la fera pénétrer à la seringue munie de son aiguille ou seulement de son embout. Nous avons dans quelques cas fait précéder l'injection de crème d'un lavage de la cavité à l'eau peptonée. La guérison survient en moyenne entre le 3^e et le 15^e jour du traitement.

3° Toutes ces injections devront naturellement être pratiquées avec des instruments stériles, après asepsie rigoureuse des mains et du champ opératoire.

APPLICATION DE LA PROTEINOTHÉRAPIE LOCALE A DIVERS TYPES DE COLLECTIONS PURULENTES

BUBONS CHANCRELLEUX

Le traitement du bubon chancrelleux n'a cessé d'être « l'opprobre de la vénéréologie » que du jour où le vaccin de Nicolle a été introduit dans la thérapeutique. Le petit nombre d'observations que nous présentons, prouve à la fois la faveur incontestée de cette médication et la rareté de ses succès.

Nous ne songeons donc pas à lui substituer les injections locales de peptone. Mais il faut bien reconnaître, d'une part que les violentes réactions fébriles provoquées par les injections de Dmelcos ne peuvent être supportées sans mal par tous les organismes et que, d'autre part, à côté de ses brillants résultats, la méthode de Nicolle compte aussi des succès.

C'est donc surtout en cas de contre-indication à l'emploi du Dmelcos ou d'échec de ce traitement qu'il faudra avoir recours à la protéinothérapie locale. D'ailleurs même dans les cas de bubons traités exclusivement par cette méthode, la rapidité de la guérison ne le cède en

rien à la Dmelcothérapie. Enfin la protéinothérapie locale peut être appliquéé également à la cure du chancre lui-même : après lavage de l'ulcération, on la recouvre d'une couche de crème peptonée et l'épidermisation se fait en des délais normaux. Cette méthode locale est donc complète : elle s'adresse à la fois au chancre et à son bubon.

I. — Technique

La technique de l'injection de peptone dans les bubons ne comporte de point particulier qu'au cas de bubon non fistulisé. Lors de nos premiers essais, nous pratiquions la ponction en piquant à distance du bubon comme s'il s'agissait d'un abcès froid.

Aujourd'hui nous ne redoutons plus autant la fistulisation, et il nous arrive, surtout si le bubon paraît près de s'ouvrir, et est le siège d'une fluctuation nette, de ponctionner en son centre. La piqûre est moins douloureuse et l'orifice se refermant presque aussitôt, la fistulisation est loin d'être la règle. D'ailleurs, si elle se produit, l'évolution n'est pas moins rapide, bien au contraire.

Un cas que nous suivons actuellement dans le service nous confirme dans cette manière de voir. La fistulisation s'est faite par l'orifice de ponction à distance du chancre et nous présumons que la guérison sera plus lente.

Suivant le lieu de ponction choisi, on se servira d'une aiguille plus ou moins longue, mais toujours de gros calibre 12/10, ou même d'un petit trocart.

II. — Observations

Voici maintenant nos observations :

Obs. 1. — BAR..., 15 ans. Entré dans le service le 19 février 1928 pour chancrelle du frein et du méat, avec bubon de l'aîne droite. Après la 2^e injection de Dmelcos survient une néphrite aiguë hémorragique qui fait interrompre le traitement.

10 mai : Le chancre est cicatrisé mais le bubon persiste. On retire par ponction 3 cc. de pus et on injecte 1 cc. 1/2 d'eau peptonée à 2 %.

15 mai : Le pus ne s'est pas reproduit, on sent la cavité ganglionnaire déprimée en son centre. On injecte 1 cc. 1/2 d'eau peptonée à 2 %.

Les jours suivants on palpe une masse indurée qui diminue peu à peu de volume.

22 mai : La guérison est complète.

EN RÉSUMÉ : Guérison en 12 jours d'un bubon après 2 injections d'eau peptonée.

Obs. 2. — ALL..., 28 ans. Chancre mixte, bubon, pas de Dmelcos.

24 mai 1928 : La ponction du bubon donne issue à 3 cc. de pus mêlé de sang. On injecte 1 cc. d'eau peptonée à 2 %.

27 mai : On retire par ponction 6 cc. de pus et on injecte 2 cc. d'eau peptonée.

29 mai : On retire 4 cc. de pus et on injecte 2 cc. d'eau peptonée.

1^{er} juin : Le bubon s'est ouvert. Par l'orifice de fistulisation s'écoule un liquide louche.

5 juin : L'orifice ne présente aucune tendance à la chancrellisation. On injecte dès lors tous les jours de la crème peptonée à 10 % dans la cavité ganglionnaire.

8 juin : La guérison est complète.

EN RÉSUMÉ : Bubon se fistulisant après 3 injections d'eau peptonée à 2 %, et guérissant en 3 jours sous l'action de la crème peptonée au 15^e jour du traitement.

Obs. 3. — DEGR..., 23 ans. Entré le 8 septembre 1928 pour bubon chancrelleux fistulisé le matin même au bout de 2 semaines d'évolution. Le chancre s'est spontanément épidermisé.

Du 8 au 28 septembre reçoit 6 injections de Dmelcos.

6 octobre : Le bubon a la taille d'un œuf de pigeon. Il a conservé ses caractères inflammatoires et suppure encore par un trajet fistuleux unique. On y injecte de la crème peptonée à 10 %.

9 octobre : Sédation des caractères inflammatoires. La pression fait sourdre un peu de sérosité claire avec une goutte de pus. On injecte de la crème peptonée.

11 octobre : 3^e injection de crème peptonée.

15 octobre : Guérison complète.

EN RÉSUMÉ : Bubon fistulisé, traité sans succès par 6 injections de Dmelcos, qui guérit en 9 jours après 3 injections de crème peptonée à 10 %.

Obs. 4. — FLOU..., 20 ans. *14 octobre 1928* : A été soignée du 7 mai au 13 août dans un service voisin pour chancre mou avec bubon bilatéral. Malgré 8 injections de Dmelcos les 2 bubons se sont fistulisés fin mai. Le bubon droit cicatrise en août. La fistule gauche continue à sécréter.

14 octobre : Aucune tendance à la guérison. Au milieu d'un tissu de cicatrice épais, large, induré, violacé, existe un orifice fistuleux d'où sort à la pression une sérosité louche, épaisse, verdâtre. On injecte tous les jours de la crème peptonée à 10 %.

17 octobre : La fistule est oblitérée, la cicatrice beaucoup plus souple.

La malade est revue un mois plus tard : la guérison s'est maintenue.

EN RÉSUMÉ : Bubons traités par les procédés ordinaires qui se fistulisent à la fin du mois de mai. Le bubon droit finit par cicatriser en août. Mais le gauche suppure encore en octobre, 6 mois après le début de l'affection et ne présente aucune tendance à la guérison. En 3 jours il guérit après injection quotidienne de crème peptonée.

Obs. 5. — FERR..., 30 ans. *10 novembre 1928* : Chancres mou apparu en septembre et cautérisé au nitrate d'argent. Le bubon persiste, et à l'entrée présente des caractères inflammatoires marqués, de la fluctuation.

10 novembre : On retire 3 cc. de pus, et on injecte 1 cc. 1/2 d'eau peptonée à 10 %.

15 novembre : Le bubon est fistulisé. On injecte tous les jours de la crème peptonée à 10 %.

18 novembre : Tout aspect inflammatoire a disparu, la masse ganglionnaire a diminué de volume.

21 novembre : Guérison complète.

EN RÉSUMÉ : Bubon datant de 2 mois qui se fistulise cinq jours après une injection d'eau peptonée à 10 %, et qui guérit en dix jours sous l'action de la crème peptonée à 10 %.

Obs. 6. — NEULN..., 22 ans. Entre le 13 novembre pour chancres multiples de la verge avec bubon gauche apparu depuis 4 jours, soit 15 jours après les chancres. Du 17 au 23 novembre le malade reçoit 4 injections de lipo-vaccin

anti-Ducrey : l'état des chancres est nettement meilleur, mais le bubon continue à s'accroître.

Du 23 novembre au 3 décembre, on traite le malade par 4 injections de Dmelcos. L'amélioration, qui se dessinait pour les chancres, semble dès la 1^{re} injection recevoir un coup de fouet, règle d'ailleurs générale de la vaccinothérapie. L'état du bubon est stationnaire.

1^{re} décembre : On retire par ponction 2 cc. de pus et on injecte 1 cc. d'eau peptonée.

3 décembre : Le bubon se fistulise.

4 et 7 décembre : On pratique 2 injections de crème peptonée à 10 %.

8 décembre : Grosse amélioration : le bubon est affaissé, la pression ne fait plus sourdre que quelques gouttes de pus. Les chancres sont épidermisés.

9 décembre : 3^e injection de crème peptonée à 10 %.

10 décembre : La suppuration est tarie, la fistule fermée ; il persiste un empâtement profond.

15 décembre : Guérison complète.

EN RÉSUMÉ : Bubon traité sans succès par le lipovaccin anti Ducrey et le Dmelcos, alors que les chancres subissent une notable amélioration. Il se fistulise après une injection d'eau peptonée, et guérit après 3 injections de crème peptonée à 10 % au 10^e jour de la protéinothérapie locale.

Obs. 7. — SART... Bubon traité en décembre par 6 injections de Dmelcos et incisé le 13 décembre. Il suppure encore le 16 janvier, date de l'entrée dans le service. En 10 jours, sous l'action d'injections quotidiennes de crème peptonée à 10 %, la guérison est assurée.

Obs. 8. — EMB... Bubon fistulisé depuis 15 jours. Entre dans le service le 13 février 1929. Injections quotidiennes de crème peptonée à 10 %. Guérison en 15 jours.

Obs. 9. — Duz... Traité en décembre 1928 dans un service voisin pour chancre mou avec bubon droit. A reçu 6 injections de Dmelcos après lesquelles on a incisé le bubon droit.

Entre dans le service le 14 janvier 1929 porteur d'un bubon gauche. Une série d'injections de Dmelcos (6) reste sans effet.

20 février : Le bubon est prêt à se fistuliser. On retire par ponction 5 cc. de pus et on injecte 3 cc. d'eau peptonée à 10 %.

21 février : Le bubon est fistulisé. On y injecte tous les jours de la crème peptonée à 10 %.

5 mars : Guérison.

EN RÉSUMÉ : Bubon traité sans résultat par le Dmelcos qui se fistulise après 1 injection d'eau peptonée, et qui guérit en 12 jours sous l'action de la crème peptonée.

Obs. 10. — GALL..., 19 ans. Chancre mou. Bubon ponctionné le 13 février en ville. Entre dans le service le 22 février.

22 février : Bubon chancrellisé, orifice de ponction de 1 cm 1/2. Injections quotidiennes de crème peptonée.

12 mars : Ulcération de 3 cm. de long à bords décollés, surélevés, violacés, mais le fond bourgeonne.

19 mars : Guérison.

EN RÉSUMÉ : Bubon fistulisé depuis 9 jours et *chancrellisé*. Traité par des injections quotidiennes de crème peptonée à 10 %, il guérit en 25 jours.

Obs. 11. — LABA..., 20 ans. Bubon avec gros caractères inflammatoires, chancre méconnu. Le bubon date de 8 jours. Aucun traitement.

13 avril : Evacuation de 1 cc. de pus, injection de 1 cc. d'eau peptonée à 20 %.

15 avril : Même état, évacuation de 1 cc. 1/2 de pus, injection de 1 cc. 1/2 d'eau peptonée.

17 avril : Les caractères inflammatoires ont beaucoup diminué. Pas de pus à l'aspiration. Injection de 2 cc. de crème peptonée.

19 avril : Le bubon est plus tendu, plus rouge, plus douloureux. On aspire 1 cc. 1/2 de sérosité sanglante et on injecte 1 cc. de crème peptonée.

22 avril : Augmentation des caractères inflammatoires. La malade présente un *érythème généralisé du type morbilliforme* que nous attribuons à une dermite artificielle d'origine médicamenteuse. La peptonothérapie est interrompue.

EN RÉSUMÉ : Apparition au 9^e jour du traitement d'un bubon, d'un érythème généralisé qui fait interrompre les injections de peptone. A noter que l'on a tenté l'injection de crème peptonée dans une collection fermée et que les résultats n'ont pas été bons.

Obs. 12. — DEVILL..., 28 ans. Entre le 30 avril 1929 pour énorme bubon gauche, avec vaste placard inflammatoire de la taille d'une main. Chancre méconnu. Aucun traitement préalable.

30 avril : On retire par ponction 20 cc. de pus verdâtre et on injecte 6 cc. d'eau peptonée à 20 %.

De façon immédiate on observe un *malaise léger*, avec pâleur de la face. De la céphalée survient l'après-midi, accompagnée d'une poussée fébrile à 38°. Le lendemain la céphalée a disparu ; la température est normale.

2 mai : Le placard inflammatoire a diminué de moitié. On retire 20 cc. de pus verdâtre et on injecte 6 cc. d'eau peptonée à 20 %. Pas de malaise après l'injection, mais dans l'après-midi la céphalée reparait comme l'avant-veille. Pas d'élévation thermique.

4 mai : Aspect identique. On retire 20 cc. de pus rougeâtre beaucoup plus liquide et on injecte 6 cc. d'eau peptonée à 20 %.

6 mai : Le bubon s'est fistulisé, on sent une induration profonde large d'une demi-paume. Injections quotidiennes de crème peptonée.

11 mai : Il n'existe plus qu'une très légère induration profonde. La pression fait sourdre une goutte de sérosité par le minime orifice de fistulisation.

21 mai : L'orifice est refermé, l'induration profonde large comme une pièce de 2 francs.

EN RÉSUMÉ : Un bubon se fistulise après 3 injections d'eau peptonée à 20 % et guérit en 15 jours sous l'action de la crème peptonée, soit au 21^e jour du traitement.

III. — Etude des observations

Au total, nous avons traité 5 bubons ouverts et 7 bubons fermés. De l'étude de ces observations, se dégagent quelques notions générales sur l'action de la protéinothérapie locale.

1^o Les bubons fermés subissent souvent au lendemain de la première injection une légère poussée inflammatoire temporaire. Mais cette réaction qui entraîne un accroissement de volume du bubon, une augmentation de la rougeur, ne provoque guère de douleurs et son intensité reste moyenne. L'ouverture à la peau s'est

produite chez 5 malades sur 7, au bout d'un temps variable (2 à 7 jours). Elle était en voie de se faire chez un autre (n° 11) lorsque nous avons dû interrompre le traitement. Un seul malade a guéri sans fistulisation.

Mais nous ne pouvons considérer cette éventualité comme une complication ; *l'absence constante de chancrellisation* de la fistule, la rapidité de la guérison sous l'influence de l'injection de crème peptonée, nous portent à penser que c'est un événement plutôt favorable. Bien loin de redouter cet incident, nous nous demandons actuellement s'il ne vaudrait pas mieux ouvrir d'emblée la collection en la ponctionnant en plein centre avec un large trocart, pour pouvoir y injecter aussitôt de la crème peptonée. Ce serait en somme revenir à la classique méthode de Fontan, dont l'emploi encore courant prouve l'excellence. Mais la crème peptonée semble agir beaucoup plus vite que la vaseline iodoformée sur laquelle elle possède encore un autre avantage : l'absence d'odeur.

Quoiqu'il en soit, la guérison des bubons fermés a été obtenue en un laps de temps variant de 10 à 20 jours. C'est le même délai que pour les cas qui réagissent le plus favorablement aux autres méthodes.

2° Les bubons ouverts spontanément, ou déjà incisés, guérissent sans jamais présenter de poussée inflammatoire. La rapidité de leur guérison, beaucoup plus grande que celle des bubons fermés, dépend de l'ancienneté de leur ouverture. Il est à noter d'ailleurs qu'aucun de ces bubons n'avait tendance à guérir lorsque nous avons entrepris leur traitement.

Pour 5 bubons ouverts la guérison a demandé respectivement :

3 jours : obs. n° 4 où la fistulisation datait de 5 mois.

9 jours : obs. n° 3 où la fistulisation remontait à 1 mois.

10 jours : obs. n° 7 où l'incision avait été faite 1 mois avant.

15 jours : obs. n° 8 où la fistule existait depuis 15 jours.

25 jours : obs. n° 10 où le bubon avait été ponctionné 9 jours auparavant.

Notons d'ailleurs que dans ce dernier cas existait une chancrellisation de l'orifice. Malgré cette complication, facteur habituel d'une évolution encore plus lente, l'action de la protéinothérapie locale n'a pas été moins efficace.

3° La rapidité de la guérison est incontestablement accrue, du fait des injections préalables du vaccin de Nicolle. La guérison des bubons ainsi préparés a été assurée en 3 à 12 jours, alors que 12 jours constituent le minimum d'évolution dans les cas contraires. Même là où a échoué la vaccinothérapie, il semble qu'elle ait déterminé un état favorable de sensibilité protéinique. Nous regrettons d'ailleurs de ne pas en avoir apprécié le degré au moyen d'intra-dermo-réactions à la pep-tone.

4° En somme, plus est ancien le foyer infectieux, plus est marqué l'état de sensibilisation, plus sera rapide la guérison. Nous retrouvons là les conditions exigées pour le succès des différentes vaccinothérapies. C'est l'un des

points qui apparentent la méthode aux médications bactériennes communément employées.

C'est à une constatation analogue qu'aboutissent les recherches récentes de M. le Professeur Teissier, de Reilly et Rivalier, de Hudelo et Garnier sur la vaccinothérapie et la protéinothérapie générale du chancre simple et de son bubon.

5° Enfin sur nos 12 cas, nous ne rencontrons qu'une véritable complication : un érythème généralisé d'origine médicamenteuse probable qui apparaît au 9^e jour du traitement (obs. n° 11) et s'efface en quelques jours.

Un seul malade a présenté des signes de réaction générale ; transitoires et effacés, ils sont restés tout à fait contingents. La guérison n'a pas été plus rapide chez lui (obs. 12). L'effet thérapeutique de la méthode ne se mesure pas à l'intensité des réactions générales qu'elle ne détermine d'ailleurs que tout à fait exceptionnellement.

Nous avons suffisamment insisté sur les fistulisations au cours du traitement pour avoir besoin d'y revenir : soulignons seulement le fait, que jamais nous n'avons observé la chancrellisation de l'orifice produit dans ces conditions.

IV. — Avantages de la méthode

Ainsi la protéinothérapie locale nous semble avantageuse à plus d'un point de vue. Si, chez tel sujet robuste on peut d'emblée et sans crainte provoquer les effets hautement fébriles de la vaccinothérapie ou de la protéinothérapie générale, chez tel autre dont on

soupçonne une tare latente, on hésite à le faire : on connaît les accidents qui peuvent en résulter. M. Sézary a rapporté avec Benoist en 1927, l'observation d'une poussée aiguë de tuberculose pulmonaire survenue dans ces conditions, et avec Worms en 1928 celle d'une néphrite aiguë hémorragique.

C'est alors que la protéinothérapie générale trouve son indication majeure et la guérison ne sera ni plus lente, ni moins satisfaisante. Enfin si par hasard, on enregistre un échec de la vaccinothérapie générale, nos observations prouvent avec quelle rapidité on peut y pallier. La méthode de Nicolle et celle que nous proposons, loin de s'opposer ne font que se compléter. Mais nos résultats prouvent que chancre et bubon peuvent guérir sous la seule influence d'un traitement local, en des délais normaux.

Nous ne prétendons d'ailleurs nullement à la constance du succès thérapeutique.

Dans les 12 observations que nous présentons 10 nous sont personnelles. Les 2 premières sont antérieures à notre arrivée dans le service. D'autres cas dont nous n'avons pas retrouvé les observations ont été traités de la même façon et notre maître M. Sézary conserve en particulier le souvenir de deux échecs. Mais à ce moment la solution de peptone employée était d'un faible taux de concentration : 2 %, et la technique des injections n'était pas précisée avec la rigueur nécessaire.

BARTHOLINITES

Il nous faut, avant d'exposer nos résultats, rappeler l'évolution habituelle des bartholinites. Aiguës, ce sont de véritables phlegmons de la grande lèvre qu'il faut inciser au plus tôt sous peine d'une fistulisation qui aboutit à une interminable suppuration.

Les formes chroniques s'observent parfois d'emblée : la glande est tuméfiée et subit des poussées inflammatoires intermittentes, surtout au moment des règles.

Quant au traitement, d'après tous les gynécologues, il doit être uniquement chirurgical, et consister en une extirpation complète de la glande, après dissection minutieuse. S'il s'agit d'une forme aiguë, l'opération est faite en deux temps : on incise d'abord la collection, et l'on n'excise la glande que lors de la disparition de tout phénomène inflammatoire. La guérison n'est obtenue qu'au bout de plusieurs semaines, et au prix d'une cicatrice qui déforme la lèvre.

Nos résultats prouvent cependant que l'on peut guérir avec autant de rapidité que de simplicité toutes les formes de bartholinites par la seule protéinothérapie locale.

I. — Technique

Nous distinguons deux cas : bartholinites fermées, bartholinites à large drainage. La technique de l'injection de crème peptonée dans les bartholinites se drainant largement soit par un canal glandulaire anormalement dilaté, soit à la suite d'une fistulisation ou d'une

incision chirurgicale, ne comporte aucune difficulté. Nous n'insistons donc que sur le mode opératoire au cas de bartholinite fermée.

1° Préparation de la malade. — La malade est installée sur une table gynécologique après avoir été rasée. La vulve est nettoyée, la lèvre à ponctionner aseptisée avec de l'alcool ou de l'éther.

2° Choix du lieu de ponction. — Le lieu d'élection de la ponction est le bord antérieur de la lèvre, à l'union de sa partie muqueuse et de sa partie cutanée dans la moitié supérieure. Dans le cas où la pression de la glande fait sourdre du pus à son orifice, et si celui-ci est facile à découvrir, on pourra en pratiquer le cathétérisme. Ce sont là les seules voies d'abord que nous conseillons. Une ponction trop basse peut provoquer la fistulisation, de même qu'une ponction de la face interne, toujours souillée par les sécrétions vaginales. La ponction de la face externe peut être justiciable d'hémorragie par blessure des plexus veineux.

3° Pratique de la ponction. — On se servira d'une aiguille de 3 cm. de longueur, du calibre de 12/10 et à biseau long, montée sur une seringue de capacité quelconque.

La glande fixée entre deux doigts de la main gauche qui l'appuient sur les plans profonds est ponctionnée d'un coup sec en suivant une direction oblique en bas et en dedans. Le pus est évacué, et l'injection d'eau peptonée poussée lentement pour éviter la douleur à la

distension de la glande. Lorsqu'on a retiré l'aiguille, on comprime un instant l'orifice avec un tampon de coton imbibé d'alcool. On recouvre la lèvre d'une compresse stérile qu'on maintient avec un bandage en T.

4^o Soins complémentaires. — L'une des premières conditions du succès est d'obtenir le traitement régulier de la blennorrhagie aiguë ou chronique qui a provoqué la bartholinite. C'est là le complément indispensable de la protéinothérapie locale : ne guérissent vite et bien que les malades traitées parallèlement en urologie. En l'absence d'injections vaginales quotidiennes, les sécrétions ensementent sans cesse les canaux glandulaires, la bartholinite se reproduit, et le traitement local échoue.

L'immobilisation est loin d'être nécessaire. Tout au plus aura-t-on à conseiller aux malades de modérer leurs fatigues habituelles. La plupart de nos patientes sont venues se faire soigner à notre consultation ; elles n'ont pas guéri moins vite que celles dont nous avons prononcé l'admission dans le service pour des raisons d'ordre plutôt social que thérapeutique, et qui d'ailleurs n'ont été hospitalisées que quelques jours à peine.

II. — Observations

Obs. 1. — BRU... 22 ans, consulte le 28 octobre pour :

1^o Bartholinite droite de la taille d'une noix, très douloureuse ; datant de 3 jours ;

2^o Bartholinite gauche incisée le 15 octobre et suppurant encore.

La bartholinite gauche est traitée par des injections quoti-

diennes de crème peptonée à 10 %. En cinq jours, tout est rentré dans l'ordre, la plaie opératoire cicatrisée.

La bartholinite droite est traitée par des injections d'eau peptonée à 10 %.

28 octobre : Après évacuation de 8 cc. de pus vert épais, on injecte 4 cc. d'eau peptonée à 10 %. La douleur cède 2 heures après l'injection.

31 octobre : La tuméfaction a diminué de moitié. On retire 4 cc. de pus, et on injecte 3 cc. d'eau peptonée.

3 novembre : Le volume de la collection a peu diminué. On ne retire qu'un peu de sang par ponction. On injecte 2 cc. d'eau peptonée.

4 novembre : La tuméfaction a régressé de volume. Cette régression continue graduellement.

La glande devient plus dure, plus fibreuse.

7 novembre : tout a disparu.

EN RÉSUMÉ : Bartholinite aiguë droite traitée par injections d'eau peptonée à 10 % et guérissant en dix jours après 3 injections. Bartholinite gauche incisée depuis 13 jours, suppurant largement, et guérissant en cinq jours après instillations de crème peptonée.

Obs. 2. — Pou. ., 25 ans. Bartholinite droite de la taille d'un demi-œuf, évoluant depuis 2 mois avec alternatives de gonflement et d'affaissement. La poussée actuelle date de 10 jours. Pas de fièvre, pas d'évacuation de pus à la pression.

12 novembre : On retire par ponction 10 cc. de pus puis on injecte 5 cc. d'eau peptonée à 10 %.

15 novembre : La tuméfaction a diminué de moitié. On retire 7 cc. de pus rougeâtre et on injecte 4 cc. d'eau peptonée.

18 novembre : Il n'existe plus qu'un nodule dur fibreux

de la taille d'un haricot : une goutte de sérosité est ramenée par ponction ; pas d'injection.

25 novembre : La guérison est complète : nodule de la taille d'un petit pois.

Depuis cette époque la malade a été revue à plusieurs reprises jusqu'au 10 mai 1929. Le nodule fibreux gros comme un pois persiste sans changement. Il aurait cependant, aux dires de la malade, subi un gonflement passager lors d'une période menstruelle.

2 ponctions ont été pratiquées, l'une en mars, l'autre le 10 mai. Elles n'ont ramené ni pus, ni sérosité.

EN RÉSUMÉ : Bartholinite chronique en poussée aiguë qui guérit en six jours après 2 injections d'eau peptonée à 10 %. Mais il persiste un nodule fibreux de la taille d'un pois qui a peut-être subi une poussée inflammatoire, fait que nous n'avons pas constaté.

Obs. 3. — GR..., 24 ans. Bartholinite droite se drainant faiblement.

17 novembre : On retire 2 cc. de pus et on injecte 2 cc. d'eau peptonée. La douleur cède aussitôt.

19 novembre : Diminution de moitié du volume de la lèvre. On retire 2 cc. de pus, on injecte 2 cc. d'eau peptonée.

21 novembre : On palpe dans l'épaisseur de la lèvre un petit nodule induré. On retire 1 cc. de liquide sérosanglant, on injecte 1 cc. d'eau peptonée.

23 novembre : Le nodule est moins gros, moins dur. Pas d'injection.

30 novembre : Revue après les règles. Disparition complète.

EN RÉSUMÉ : Bartholinite aiguë guérissant en 6 jours après 3 injections d'eau peptonée.

Obs. 4. — BELL..., 39 ans. Bartholinite datant de 10 jours; grosseur $1/2$ œuf de pigeon; indolore; pas de drainage à la pression.

10 décembre : On retire 5 cc. de pus, et injecte 5 cc. d'eau peptonée.

12 décembre : Grosse diminution de volume.

On retire 2 cc. de sérosité rougeâtre;

On injecte 5 cc. d'eau peptonée.

15 décembre : Il persiste un nodule induré de la taille d'un haricot qui a disparu le 18 décembre.

EN RÉSUMÉ : Bartholinite aiguë guérissant en 5 jours après 2 injections d'eau peptonée.

Obs. 5. — FONT..., 21 ans. Bartholinite droite aiguë de la taille d'un œuf qui date de 12 jours. La muqueuse de la lèvre est distendue, amincie. Fièvre : 39° .

30 novembre : On retire 4 cm³ de pus verdâtre épais, et on injecte 5 cm³ d'eau peptonée. La douleur disparaît le soir même. La fièvre est tombée.

2 décembre : La bartholinite est fistulisée à l'orifice de ponction : ulcération du calibre du petit doigt à bords tomenteux, à fond sanieux, rappelant l'aspect d'une chancrelle. On injecte 10 cm³ de crème peptonée à 10 %. On répète tous les jours cette injection.

13 décembre : Il ne persiste plus qu'un petit pertuis par où s'écoule une minuscule goutte de pus à la pression. On injecte 3 cm³ d'eau peptonée.

20 décembre : 2^e injection d'eau peptonée 3 cm³.

22 décembre : Guérison complète.

EN RÉSUMÉ. — Bartholinite aiguë se fistulisant après une injection d'eau peptonée, et guérissant en 20 jours sous l'action des injections de crème, puis d'eau peptonée.

Obs. 6. — **PORR...**, 43 ans. Bartholinite gauche datant de plusieurs années. Incisée en 1913 elle s'est depuis, reproduite environ tous les 6 mois. Actuellement taille d'une grosse noisette, faible drainage à la pression ; la poussée aiguë date de 8 jours.

1^{er} janvier : on retire 2 cm³ de pus et injecte 2 cm³ d'eau peptonée.

3 janvier : La tuméfaction a diminué de moitié. Pas d'écoulement à la pression. A la ponction, on pénètre dans un nodule induré fibreux ; ni pus, ni sérosité. On injecte 2 cm³ d'eau peptonée.

7 janvier : La guérison est complète.

Pas de nodule cicatriciel.

EN RÉSUMÉ. — Bartholinite chronique guérissant en 6 jours après deux injections d'eau peptonée.

Obs. 7. — **LAL...**, 20 ans. Bartholinite droite aiguë datant de 8 jours, de la grosseur d'un œuf. Enorme œdème remontant au-dessus du pubis. Pas d'évacuation de pus à la pression. Fièvre : 38°3. Vives douleurs.

2 janvier : on retire par ponction 8 cc. de pus. On injecte 5 cc. d'eau peptonée à 10 %. La douleur cède une demi-heure après l'injection. Le lendemain l'œdème a disparu, la collection a diminué de moitié, la température est redevenue normale.

4 janvier : Evacuation de 5 cc. de pus ; injection de 5 cc. d'eau peptonée.

6 janvier : Evacuation de 2 cc. de pus ; injection de 2 cc. d'eau peptonée.

8 janvier : Guérison complète ; la lèvre a repris sa forme normale, il ne persiste aucun nodule induré dans son épaisseur.

Revue après ses règles un mois après : guérison maintenue.

EN RÉSUMÉ : Bartholinite aiguë guérissant en 6 jours après 3 injections.

Obs. 8. — TAU..., 36 ans. Bartholinite gauche datant de 4 jours, de la taille d'un demi-œuf. Large drainage à la pression.

2 janvier : On retire par ponction 4 cc. de pus, et on injecte 5 cc. d'eau peptonée qui ressortent immédiatement par l'orifice glandulaire.

5 et 8 janvier : On répète l'injection. Aucune modification.

A partir du 11 janvier : On injecte tous les jours 5 cc de crème peptonée à 10 %.

20 janvier : La guérison est complète.

EN RÉSUMÉ : Bartholinite aiguë. 3 injections d'eau peptonée sont pratiquées en pure perte : le liquide ressort immédiatement par l'orifice de la glande anormalement dilaté. En neuf jours elle guérit sous l'influence de crème peptonée injectée quotidiennement (soit 18 jours après le début du traitement).

Obs. 9. — ROU..., 23 ans. Bartholinite aiguë datant de 24 jours. Grosseur d'une noix.

24 janvier : On retire 5 cm³ de pus rougeâtre et on injecte 5 cm³ d'eau peptonée. Quelques heures après, la douleur cède, la marche devient normale.

26 janvier : On retire 2 cc. de pus et on injecte 3 cm³ d'eau peptonée.

28 janvier : Il existe un nodule de la taille d'une noisette et de consistance fibreuse.

On ne pratique pas d'injection.

30 janvier : Le nodule a régressé

2 février : Guérison complète.

Revue le 21 février : Après ses règles : guérison maintenue,

EN RÉSUMÉ : Bartholinite aiguë guérissant en 8 jours après 2 injections d'eau peptonée.

Obs. 10. — RAP..., 48 ans. Bartholinite aiguë datant de 12 jours.

Faible évacuation de pus à la pression. Pas de fièvre.

24 janvier : On ponctionne la collection à travers la face interne de la lèvre. On retire 8 cc. de pus ; on injecte 5 cc. d'eau peptonée.

26 janvier : Nous apprenons que la collection s'est évacuée spontanément pendant la marche, par l'orifice de ponction.

On injecte 5 cc. d'eau peptonée.

28 janvier : A l'endroit de la ponction existe une ulcération de la taille d'une grosse lentille à bords tomenteux, à fond sa-
nieux, qui, à première vue, en impose pour une chancrelle. On injecte dès lors tous les jours de 3 à 5 cc. de crème peptonée liquéfiée au bain-marie (10 %).

30 janvier : L'ulcération s'est élargie, mais la pression de la glande ne fait plus sourdre de pus. La malade a ses règles.

3 février : Fin des règles : l'ulcération est cicatrisée ; la lèvre est souple.

EN RÉSUMÉ : Bartholinite aiguë, qui se fistulise à l'orifice de ponction après 2 injections d'eau peptonée. Elle guérit en 6 jours, après injection quotidienne de crème peptonée à 10 % (soit 10 jours après le début du traitement).

Obs. 11. — BERN... 26 ans. Bartholinite droite datant de 10 jours. Taille d'un œuf et demi. La peau est amincie, prête à se rompre, translucide, la marche est très gênée.

2 février : On retire en ponctionnant par la face externe 15 cc. de pus, et on injecte 5 cm³ d'eau peptonée à 10 %.

Cinq minutes après l'injection, malaise passager avec pâleur de la face.

4 février : La douleur a cédé très vite après l'injection. Diminution de volume considérable. La marche est encore difficile.

On retire 10 cc. de pus rougeâtre et on injecte 5 cc. d'eau peptonée. *Un malaise identique à celui de l'avant veille se reproduit.*

6 février : On retire 8 cc. de pus rougeâtre et on injecte 5 cc. d'eau peptonée. Pas de malaise.

8 février : La malade vient à pied à la consultation pour la première fois. La lèvre a repris son aspect normal : pas d'injection.

11 février : La lèvre a régressé de volume : elle est souple, normale.

18 février : La guérison est confirmée.

Revue le 28 février : Après les règles : Guérison maintenue.

EN RÉSUMÉ : Bartholinite aiguë, de volume énorme distendant la peau, amincie, d'aspect pelure d'oignon. Elle guérit sans fistulisation après 3 injections d'eau peptonée, en 6 jours.

Obs. 12. — DUC..., 22 ans. Bartholinite chronique incisée il y a 4 mois, et présentant depuis des poussées au moment des règles et dans leur intervalle. La dernière date de 5 jours. La collection a été évacuée par pression le 10 février. Actuellement petite tuméfaction fibreuse indurée de la taille d'une noisette.

14 février : On ne retire pas de pus à la ponction. On injecte 1 cc. d'eau peptonée.

16 février : L'induration fibreuse a beaucoup diminué de volume : On injecte 1 cc. d'eau peptonée.

18 février : Régression du nodule : injection 1/2 cc. d'eau peptonée.

22 février : Revue pendant ses règles, il persiste une vague induration dans l'épaisseur de la lèvre.

28 février : Les règles sont terminées. La guérison est complète : lèvre souple, pas de nodule.

Revue le 21 mai : Guérison maintenue.

EN RÉSUMÉ : Bartholinite chronique datant de 4 mois, en poussée aiguë depuis 3 jours, et qui guérit en 8 jours après 3 injections d'eau peptonée.

Obs. 13. — BLAN..., 30 ans. Bartholinite gauche datant de 8 jours. La collection s'est évacuée spontanément par l'orifice de la glande la veille du jour de la consultation. Actuellement bartholinite à faible drainage : un peu de pus blanchâtre sort à la pression.

16 février : Par l'orifice de la glande, on injecte 3 cc. d'eau peptonée après évacuation par pression.

18 février : On injecte de même 1 cc. d'eau peptonée.

20 février : Il ne sort plus qu'une goutte de pus lors de la pression : on injecte 1/2 cc. d'eau peptonée.

22 février : La lèvre est souple, plus d'écoulement à la pression de la glande, aucune induration. Guérison complète.

Revue le 4^{er} mars : Après les règles guérison maintenue.

Revue le 21 mai : Guérison maintenue.

EN RÉSUMÉ : Bartholinite aiguë qui s'est spontanément évacuée par l'orifice glandulaire. Elle guérit en 6 jours après 3 injections d'eau peptonée.

Obs. 14. — BIG., 25 ans. Bartholinite subaiguë datant d'un mois et qui vient de s'évacuer spontanément par l'orifice glandulaire. Actuellement taille d'une noix ; orifice glandulaire énorme, de la taille d'une lentille par où s'écoule largement le pus. Pas d'œdème de la lèvre.

22 février : On retire par ponction 3 cc. de sérosité sanglante et on injecte 2 cc. 5 d'eau peptonée qui ressort immédiatement et en totalité par l'orifice glandulaire.

24 février : On retire par ponction 2 cc. de pus et on injecte 2 cc. d'eau peptonée.

26 février : La lèvre est souple, pas d'induration, pas de pus à la pression. Pas d'injection.

1^{er} mars : La malade a ses règles depuis la veille. Par le large orifice de la glande s'écoule du pus. On y injecte dès lors tous les jours de 3 à 5 cc. de crème peptonée à 10 %.

18 mars : L'état est stationnaire ; il ne s'écoule pas de pus à la pression, mais tous les matins au réveil la collection se vide spontanément. On injecte à partir de cette date de la crème peptonée concentrée à 15 %.

27 mars : La malade semble guérie.

15 avril : Elle est revue dans le même état qu'au début. Les sécrétions vaginales sont abondantes. On apprend que la malade a cessé malgré avis formel toute injection vaginale depuis un mois, on conseille l'intervention.

EN RÉSUMÉ : Echec de la protéinothérapie locale chez une malade dont l'orifice glandulaire est anormalement dilaté et qui abandonne pendant un mois le traitement de sa blennorrhagie aiguë.

Obs. 15. — CL. ., 21 ans. Bartholinite aiguë datant de 6 jours. Grosseur une noix 1/2. Pas de drainage à la pression.

18 mars : On retire 5 cc. de pus.

On injecte 3 cc. d'eau peptonée à 20 %.

20 mars : La bartholinite s'est fistulisée. Large orifice par où s'écoule du pus. On évacue la glande par pression et on injecte 3 cc. de crème peptonée à 15 %.

23 mars : Injection de 1 cc. de crème peptonée à 15 %.

25 mars : Il persiste une déformation en pointe de la grande lèvre. A la pression petit suintement. Onction à la crème peptonée.

27 mars : Il ne persiste plus qu'une légère induration.

Revue le 1^{er} avril : Après ses règles. Guérison complète.

Revue le 10 mai : Guérison maintenue : pas de nodule cicatriciel.

EN RÉSUMÉ : Bartholinite aiguë qui se fistulise après une injection d'eau peptonée. Elle guérit en 7 jours après deux injections de crème peptonée à 15 % (soit 9 jours après le début du traitement.

Obs. 16. — PERK.... 19 ans. Bartholinite droite datant de 8 jours qui s'est fistulisée la veille du jour de la consultation, l'orifice de fistulisation siège à la face muqueuse, près du bord antérieur dans sa moitié inférieure. Il est déchiqueté dans son contour, de la taille d'une grosse lentille : la lèvre est indurée.

18 mars : On injecte par l'orifice 2 cc. de crème peptonée concentrée.

19 mars : après lavage de la cavité à l'eau peptonée à 20 % on injecte 2 cc. de crème peptonée.

20 mars : la lèvre est beaucoup plus souple, l'orifice plus régulier, plus étroit. Lavage à l'eau peptonée, injection de 2 cc. de crème peptonée.

21 mars : traitement identique.

22 mars : La lèvre est très souple : il n'y a plus trace d'induration, l'orifice est presque refermé. On l'irrigue avec de l'eau peptonée et on l'obture avec de la crème peptonée.

On répète cette onction tous les jours.

28 mars : La guérison est complète. Pas de nodule cicatriciel.

Revue le 16 avril et le 17 mai : Après les règles, guérison maintenue.

EN RÉSUMÉ : Bartholinite aiguë fistulisée, qui guérit en dix jours après lavages quotidiens à l'eau peptonée, et injection de crème peptonée à 15 %.

Obs. 17. — COUL... Bartholinite gauche datant de 8 jours, de la taille d'une demi-noix.

21 mars : On retire 1/2 cc. de pus ; on injecte 1 cc. d'eau peptonée à 10 %.

23 mars : On ne peut retirer de pus à la ponction ; on injecte 1 cc. d'eau.

25 mars : La tuméfaction a diminué de moitié ; elle est indurée ; on ne peut retirer de pus à la ponction ; pas d'écoulement à la pression. Pas d'injection, mais onction locale avec de la crème peptonée à 15 %.

27 mars : La glande droite est prise à son tour.

A gauche la pression fait sourdre une goutte de pus.

La malade préfère interrompre le traitement et être opérée.

EN RÉSUMÉ : Echec de la protéinothérapie locale. Mais, renseignements pris, *la malade ne s'est pas fait traiter en urologie pour sa blennorrhagie.*

Obs. 18. — BREUZ... 21 ans. Bartholinite aiguë datant de 10 jours. Taille d'un œuf de pigeon.

26 mars : On retire par ponction 10 cc. de pus verdâtre et on injecte 3 cc. d'eau peptonée.

27 mars : On retire 2 cc. de pus, on injecte 2 cc. d'eau peptonée

31 mars : La collection est fistulisée depuis 2 jours à la base de la lèvre.

On injecte dès lors tous les jours de la crème peptonée par

l'orifice de ponction qui s'est élargi au point d'admettre l'embout de la seringue. Elle s'écoule en partie par l'orifice de fistulisation qui est bas situé

27 avril : L'état est le même. Aucune tendance à la guérison, on incise sur une sonde cannelée passée dans les 2 orifices pour pouvoir panser à plat.

La plaie opératoire est loin d'être cicatrisée le 17 mai.

EN RÉSUMÉ : Echec de la protéinothérapie locale.

Obs. 19. — Rou... 21 ans. Bartholinite datant de 6 jours. fistulisée le matin même. Elle est de la taille d'une noix. Gros œdème de la lèvre.

10 avril : On injecte 3 cc. de crème peptonée à 15 %.

11 avril : La collection a diminué de moitié, l'œdème a disparu, la lèvre est souple ; la pression ne fait pas sourdre de pus. On injecte 2 cc. de crème peptonée.

13 avril : Lèvre de volume normal, souple, très légère induration, orifice de fistulisation de la taille d'une demi-lentille. La pression fait sourdre une goutte de sérosité.

15 avril : Orifice de la taille d'une tête d'épingle. Application locale de crème peptonée.

17 avril : Guérison complète. Pas de nodule cicatriciel.

EN RÉSUMÉ : Bartholinite aiguë fistulisée qui guérit en 7 jours après injection quotidienne de crème peptonée à 15 %.

Revue le 10 mai, guérison maintenue.

Obs. 20. — CLER... 28 ans. Bartholinite droite datant de 3 jours, de la taille d'un demi-œuf. Gros œdème qui s'étend jusqu'au pubis, rouge, inflammatoire.

12 avril : On retire 8 cc de pus et on injecte 3 cc. d'eau peptonée. Aussitôt après la ponction, la malade éprouve un ma-

laise qui la force à s'asseoir : la face a pâli. Dix minutes après tout a disparu.

13 avril : La douleur s'est dissipée quelques heures après l'injection de la veille. Il n'y a plus d'œdème ; la tuméfaction est de la taille d'une demi-noix. On retire 3 cc. de pus et injecte 1 cc. 1/2 d'eau peptonée. *Le même malaise que la veille se reproduit.*

15 avril : L'œdème et la douleur ont reparu la veille. On retire 2 cc. de pus et on injecte 2 cc. d'eau peptonée. Pas de malaise

16 avril : Apparition des règles. Les caractères inflammatoires ont cédé, la tuméfaction n'a pas diminué de volume.

17 avril : La ponction ne ramène pas de pus. On a l'impression que l'aiguille pénètre dans une masse fibreuse. On injecte 1 cc. 1/2 de crème peptonée. *Le malaise général se produit aussitôt, identique à ceux des 12 et 13 avril.*

18 avril : La fièvre s'élève à 38°, la collection a doublé de volume. On arrête la peptonothérapie. La collection s'évacue spontanément 4 jours après.

EN RÉSUMÉ : Echec de la protéinothérapie locale.

A noter : Complications inflammatoires survenant après une injection de crème peptonée pratiquée dans une collection fermée.

Obs. 21. — WOL., 20 ans. Bartholinite aiguë datant d'un mois, fistulisée le matin même à l'union de la partie muqueuse et de la partie cutanée ; orifice glandulaire très large.

13 avril : Injection de crème peptonée à 15 %. On répète chaque jour l'injection.

20 avril : Tout phénomène inflammatoire a disparu. Mais l'état reste stationnaire.

30 avril : On suspend les injections de peptone et on les remplace par des injections de ferments lactiques.

La malade est encore suivie le 17 mai.

24 mai : La guérison est assurée.

EN RÉSUMÉ : Echec de la protéinothérapie locale

Obs. 22. — BIEN., 20 ans. Bartholinite double datant de 3 semaines.

La bartholinite gauche s'est fistulisée spontanément le 17 avril.

18 avril : Injection de 2 cc. de crème peptonée à 20 % par le trajet fistuleux.

22 avril : Grosse amélioration ; on injecte 1 cc. de crème peptonée.

24 avril : Il ne persiste plus qu'un petit orifice par où l'on injecte 1 cc. de crème peptonée. La lèvre est d'aspect et de consistance normaux.

26 avril : Même aspect, même traitement.

La bartholinite droite est évacuée par ponction le 22 avril : 10 cc. de pus. On injecte 3 cc. d'eau peptonée à 20 %.

24 avril : Evacuation de 7 cc. de pus, injection de 3 cc. d'eau peptonée.

26 avril : Elle n'est plus que de la taille d'une noisette ; on retire 4 cc. de pus mêlé de sang et on injecte 2 cc. d'eau peptonée.

La malade interrompt le traitement ; elle revient le 1^{er} mai : la bartholinite gauche est guérie. Mais la bartholinite droite est plus grosse, de la taille d'une noix. De plus, la malade ayant cessé toute injection vaginale depuis le 26 avril est dans un état lamentable au point de vue de la blennorrhagie. Devant l'irrégularité de la patiente à se présenter à la consultation on arrête le traitement.

EN RÉSUMÉ : Demi-échec, qu'on ne peut attribuer qu'à la façon incomplète dont le traitement a été suivi.

Obs. 23. — HILLEUB... 37 ans. Bartholinite datant de 10 jours. Gros caractères inflammatoires.

20 avril : On retire 8 cc. de pus, et on injecte 3 cc. d'eau peptonée à 20 %.

22 avril : On retire 4 cc. de pus et on injecte 2 cc. d'eau peptonée à 20 %.

24 avril : Les lèvres sont infiltrées par un énorme œdème gélatineux, translucide, n'offrant aucun caractère inflammatoire. On interrompt le traitement et on prononce l'admission en salle.

Les jours suivants : L'œdème disparaît peu à peu cependant que la bartholinite subit son évolution régressive et qu'aucune fistulisation ne se manifeste.

6 mai : Tout a disparu, il ne persiste aucune induration dans l'épaisseur de la lèvre

EN RÉSUMÉ : *Grosse réaction focale œdémateuse qui se produit au 4^e jour du traitement, le fait interrompre, mais ne compromet pas la guérison qui est totale en 16 jours après 2 injections d'eau peptonée à 20 %.*

Obs. 24. — PAT... 24 ans. Bartholinite droite de la taille d'une noix datant d'un mois 1/2.

24 avril : On retire 8 cc. de pus, et on injecte 3 cc. d'eau peptonée à 20 %.

26 avril : La ponction reste blanche : on a l'impression de pénétrer dans un nodule d'une induration fibreuse. On injecte 1/2 cc. d'eau peptonée.

29 avril : La tuméfaction est de la taille d'une demi-noix. On retire 3 cc. de sérosité et on injecte 1 cc. 1/2 d'eau peptonée à 20 %.

1^{er} et 3 mai : Même état, même traitement.

6 mai : La grande et la petite lèvre sont infiltrées par un énorme œdème gélatineux, translucide, à travers lequel on sent la bartholinite non augmentée de volume.

Les jours suivants l'œdème disparaît, la bartholinite subit son évolution régressive sans qu'il y ait de fistulisation.

10 mai : La guérison est complète, la lèvre souple.

EN RÉSUMÉ : Guérison en 16 jours d'une bartholinite chronique après 5 injections d'eau peptonée. *Grosse réaction focale œdémateuse au 12^e jour du traitement.*

Obs. 25. — BESM... 43 ans, 24 avril 1929. Bartholinite chronique datant d'un an. Grosseur d'une noix. 5 injections sans résultat.

EN RÉSUMÉ : Echec de la protéinothérapie locale après 5 injections.

Obs. 26. — LEG... 28 ans. Bartholinite chronique datant de 3 ans. La poussée aiguë qui provoque la consultation date de 10 jours.

27 avril : On retire 10 cc. de pus et on injecte 3 cc. d'eau peptonée à 20 %. Céphalée dans l'après-midi.

29 avril : Même état, même traitement, céphalée.

2 mai : On retire 5 cc. de pus, et on injecte 3 cc. d'eau peptonée à 20 %.

4 mai : Il ne persiste plus dans la lèvre qu'une induration à limites diffuses.

On retire 1 cc. de sérosité sanglante, et on injecte 1 cc. d'eau peptonée.

8 mai : Il n'existe plus qu'un nodule très dur de la taille d'une noisette. La ponction reste blanche. On injecte 1/2 cc. d'eau peptonée.

15 mai : Le nodule n'a que la taille d'un haricot.

Revue le 22 mai : Il n'existe plus qu'un petit placard légèrement induré.

EN RÉSUMÉ : Bartholinite chronique en poussée aiguë, qui guérit en 7 jours en laissant place à un gros nodule indure, dans lequel on pratique par prudence 2 injections d'eau peptonée pour en hâter la disparition.

Obs. 27. — LEM... 22 ans. Bartholinite chronique gauche qui date de 2 ans 1/2 et a été incisée il y a 1 an.

29 avril : Poussée aiguë qui a débuté il y a 8 jours. On retire 8 cc. de pus brunâtre, fétide, et on injecte 2 cc. 1/2 d'eau peptonée à 20 %.

1^{er} mai : On retire 8 cc. de pus qui a les mêmes caractères, et on injecte 6 cc. d'eau peptonée à 20 %.

3 mai : Grosse diminution de volume, taille d'une noisette. On retire 3 cc. de pus fétide et on injecte 3 cc. d'eau peptonée.

4 mai : Il n'y a plus qu'un petit nodule induré.

5 mai : Débute un abcès de la région périnéo-vulvaire dont le point de départ semble être l'orifice de la dernière ponction.

En raison des 3 injections déjà pratiquées on traite cet abcès par les moyens habituels. Il guérit très simplement, et la bartholinite ne reparait pas.

Revue le 18 mai : En parfait état ; pas de nodule induré cicatriciel.

EN RÉSUMÉ : Bartholinite chronique en poussée aiguë guérissant en 6 jours après 3 injections d'eau peptonée. Un abcès par infection cutanée survient à ce moment et ne rallume pas la suppuration glandulaire.

Obs 28. — MOIN .. Bartholinite datant d'un mois, de la taille d'une 1/2 noix.

30 avril : La ponction ne ramène pas de pus. On injecte 1 cc. 1/2 d'eau peptonée à 10 %.

2 mai : Il n'existe plus qu'un nodule induré de la taille d'une noisette.

La ponction reste blanche. On injecte 1 cc. d'eau peptonée à 10 %.

4 mai : La lèvre est souple. On ne sent plus qu'une vague induration, sans limites précises, en un point qui correspond au centre du nodule induré de l'avant-veille. On injecte 1/2 cc. d'eau peptonée à 10 %.

6 mai : Tout a disparu.

EN RÉSUMÉ : Bartholinite subaiguë guérissant en six jours après 3 injections d'eau peptonée.

Obs. 29. — HARD... 24 ans. Bartholinite datant de 8 jours de la taille d'un demi-œuf.

3 mai : On retire par ponction 6 cc. de pus vert, et on injecte 3 cc. d'eau peptonée à 10 %.

6 mai : On retire 4 cc. de pus vert rougeâtre et on injecte 3 cc. d'eau peptonée à 10 %.

10 mai : Il n'existe plus qu'un nodule induré de la taille d'un haricot. La ponction ne ramène pas de pus. On injecte 2 cc. d'eau peptonée.

De façon immédiate se produit un malaise avec sensation de constriction de la gorge et injection de la face et des conjonctives. Tout est dissipé en quelques minutes.

Recue le 15 mai : Guérison complète.

EN RÉSUMÉ : Bartholinite aiguë qui guérit en 12 jours après 3 injections d'eau peptonée.

Obs 30. — CATIL... 19 ans. Bartholinite datant de 8 jours, de la taille d'un 1/2 œuf.

3 mai : On retire par ponction 10 cc. de pus rougeâtre et on injecte 5 cc. d'eau peptonée à 10 %.

5 mai : Tuméfaction du volume d'une noix. On retire 4 cc.

de pus rouge, et on injecte 3 cc. d'eau peptonée à 10 %.

7 mai : On retire 4 cc. de sérosité sanglante, et on injecte 3 cc. d'eau peptonée à 10 %.

10 mai : Nodule de la taille d'un haricot. On retire 3 cc. de sérosité sanglante, et on injecte 2 cc. d'eau peptonée à 10 %.

15 mai : Guérison complète.

EN RÉSUMÉ : Bartholinite aiguë guérissant en 12 jours après 4 injections d'eau peptonée.

Obs. 31. — TOURN... Bartholinite gauche de la taille d'un œuf datant de 4 jours.

4 mai : On retire 20 cc. de pus et on injecte 4 cc. d'eau peptonée à 10 %.

6 mai : Tuméfaction du volume d'une noix. On retire 4 cc. de pus rougeâtre et on injecte 2 cc. 1/2 d'eau peptonée.

10 mai : Il ne persiste plus qu'un nodule induré de la taille d'un pois. On injecte 1 cc. d'eau peptonée à 10 %.

15 mai : Guérison complète. Aucune induration.

EN RÉSUMÉ : Bartholinite qui guérit en six jours après 3 injections d'eau peptonée.

III. — Etude des observations

Nous avons donc traité 31 malades parmi lesquelles 2 présentaient une bartholinite double, ce qui porte notre expérience à 33 cas soit, suivant la distinction établie plus haut 27 bartholinites fermées, 6 bartholinites à large drainage. Mais si cette distinction est de la plus haute importance au point de vue de la technique à employer, elle n'en présente aucune au point de vue évolutif. L'ouverture préalable de la collection par in-

cision ou fistulisation ne semble pas plus hâter la guérison qu'éviter les insuccès. Tout au plus peut-on penser que la largeur anormale de l'orifice glandulaire peut favoriser les échecs (obs. 14 et 21). Pourtant cette condition anatomique ne peut en être tenue comme entièrement responsable, témoin le cas n° 8 qui a guéri en 9 jours, dès qu'a été employée la crème peptonée au lieu de l'eau peptonée injectée en pure perte les jours précédents.

Enfin, contrairement à ce que nous avons remarqué pour les bubons, l'ancienneté de date de la bartholinite n'exerce aucune influence sur la rapidité de la guérison.

1° Evolution locale. — Dans les cas heureux, la protéinothérapie locale réduit l'évolution de la bartholinite à une période de 6 à 10 jours pendant laquelle 3 injections, 4 au maximum sont pratiquées. Trois phénomènes heureux se produisent : la sédation de la douleur est immédiate ; la fièvre, si elle existait avant l'injection, disparaît aussitôt, les caractères inflammatoires s'effacent rapidement. De ponction en ponction, on assiste à la résorption du pus : il devient plus sanglant, puis se transforme en une sérosité claire ou sanglante. Enfin n'existe plus qu'un nodule induré qui disparaît totalement. Chez une seule de nos malades (obs. 2) ce nodule a persisté, nous l'avons retrouvé sans modifications à plusieurs reprises, et nous ne saurions pour ce cas affirmer une définitive guérison qu'un réveil ultérieur pourrait venir démentir.

2° **Réactions locales.** — Une seule fois (obs. 20) nous avons observé une *véritable réaction inflammatoire* après la 2^e injection. C'est là une exception.

Deux fois (obs. 23 et 24) est survenu au 4^e et au 12^e jour du traitement un énorme *œdème gélatineux translucide* sans aucun caractère inflammatoire. Il a disparu rapidement et n'a pas compromis l'évolution régressive de l'abcès glandulaire, bien que nous ayons interrompu les injections en attribuant cet incident à une intolérance médicamenteuse. Peut-être s'agissait-il d'une simple réaction focale semblable à celle qu'on peut observer après les diverses injections de vaccin. La guérison a été plus lente à se produire ; elle a demandé 16 jours dans les 2 cas.

Quatre fois, des bartholinites fermées (obs. 5, 10, 15, 18) se sont fistulisées après une injection. Nous pensions, d'après nos premiers essais, pouvoir rapporter cet accident au choix de la face interne comme lieu de ponction. Mais dans 2 de ces cas la piqûre avait été pratiquée au bord antérieur de la lèvre. *La fistulisation* d'une bartholinite ne doit pas, à l'opposé de celle d'un bubon, être considérée comme un événement de bon augure : 3 fois la guérison n'a été que retardée, mais dans le dernier cas, l'arrêt du processus curateur en a été la conséquence évidente.

Une fois (obs. 27) un abcès de voisinage a succédé à une ponction, ce qui montre à quel point il faut scrupuleusement respecter les précautions habituelles d'asepsie.

Enfin l'observation n° 20 illustre les dangers de l'in-

jection de crème dans une collection fermée. Nous avons fait cet essai en raison du succès obtenu quelques jours auparavant sur une hidrosadénite.

3° Réactions générales. — La plupart des malades supportent les injections sans aucune réaction générale. La fièvre, si elle existait, disparaît dès la première injection. Mais il nous a été donné d'observer dans 4 cas (obs. 11, 20, 26, 29) des malaises passagers. Les uns ont été immédiats : sensation de vertige, impression de gonflement laryngé, rougeur ou pâleur de la face. Les autres ont été plus tardifs : céphalée survenant quelques heures après l'injection et durant jusqu'au soir. Ce sont là des phénomènes qui nous semblent ressortir à un certain degré d'état de choc. Celui-ci ne hâte pas la guérison, n'est pas nécessaire au succès : l'observation 20 est au contraire l'un de nos échecs.

4° Causes des échecs. — La protéinothérapie locale des bartholinites n'a échoué que 7 fois. Ajoutons que ce sont les seuls cas où cette médication s'est montrée impuissante : nous n'avons pas eu d'échec en traitant les collections suppurées d'autres types.

Ces défaillances de la méthode tiennent peut-être au siège de l'abcès et à la réinfection de la glande par les sécrétions vaginales. Trois fois l'abandon complet du traitement de la blennorrhagie nous semble avoir été la cause efficiente de l'échec (obs. 14, 17, 22). Mais quatre fois (obs. 18, 20, 21, 23) nous n'avons pu l'attribuer à une cause locale quelconque.

5° Conditions du succès. — En définitive il ressort de nos observations que 2 causes majeures président au succès de la méthode :

L'observance rigoureuse du traitement de la blennorrhagie ;

La bonne qualité de la peptone employée.

On ne peut manquer d'être frappé par le groupement de nos cas malheureux, qu'il s'agisse d'échec ou de lenteur de la guérison, (obs. 14, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25).

Il faut convenir que, notre technique n'ayant pas varié, la qualité de la peptone employée pendant cette période (21 mars-25 avril) devait être bien médiocre. Les 7 échecs que nous comptons sur 33 cas traités ne se seraient peut être pas produits si nous avions continué d'user de peptone de Witte.

6° Objections à nos résultats. — L'on peut sans doute nous objecter que le recul du temps nous manque pour apprécier les résultats d'une méthode appliquée à une affection aussi récidivante que la bartholinite. Nous avons la conviction que sur 26 guérisons, 25 sont définitives. Pour une seule malade nous réservons l'avenir : il persiste encore à la date du 10 mai (obs. 2) un petit nodule induré qui sera peut-être le siège d'un réveil inflammatoire dans la suite. Toutes les autres ont guéri sans conserver ce reliquat de l'abcès glandulaire. Nous n'avons revu plusieurs mois après le traitement que 6 malades. Leur état est parfait, la lèvre est souple ; il

ne persiste que la classique signature de la bartholinite : la tache rouge encerclant l'orifice du canal.

Mais même si l'on dénie à la méthode la possibilité de guérir complètement une bartholinite, les observations précédentes prouvent que nos injections se montrent merveilleusement efficaces contre les abcès glandulaires. Si l'on a plus tard à pratiquer l'excision de la glande, l'intervention sera facilitée : c'est en tissu sain qu'on opérera, et non pas dans la cicatrice d'une incision antérieure.

Mais répétons encore que nous croyons nos résultats acquis, et que les avantages d'une méthode qui permet le traitement ambulatoire d'une bartholinite et assure la guérison en 6 à 10 jours nous semblent incontestables.

HIDROSADÉNITES

Nous avons traité de la même façon quatre cas d'abcès tubéreux de l'aisselle. On en connaît les caractères évolutifs : des nodosités apparaissent et se succèdent les unes aux autres pendant des semaines et des mois dans l'une ou les deux aisselles.

L'évolution de chacune dure de 10 à 15 jours, délai après lequel elles s'ouvrent et donnent issue à un pus crémeux. Le traitement qu'on oppose habituellement à cette affection consiste en l'incision des nodosités suivie de la mise en place d'une petite mèche.

On associe à l'acte chirurgical la vaccinothérapie par le bouillon de Delbet. L'évolution est ainsi raccour-

cie, mais elle reste toujours, en moyenne, de quelques semaines car. on ne peut empêcher la prise successive des glandes. Enfin il persiste dans la plupart des cas une induration fibreuse de l'aisselle avec cicatrices.

Dans nos quatre observations la guérison est surveillée entre deux et cinq jours. Il n'est resté aucune trace de nos ponctions, la peau de l'aisselle est redevenue parfaitement souple.

I. — Technique

Nous avons appliqué, là encore, la même technique générale. Nos ponctions ont été pratiquées en peau saine comme dans les cas de bubons.

Nous nous sommes particulièrement bien trouvé des injections traçantes, dans le placard axillaire que présentait notre malade n° 4.

II. — Observations

Obs. 1. — Vol..., 32 ans. *Hidrosadénite* droite tendue, douloureuse, du volume d'une demi-noix.

17 février : On ponctionne la glande en passant en peau saine, et on retire 5 cc. de pus. On injecte 2 cc. d'eau peptonée à 10 %.

18 février : La collection est fistulisée. Par le petit pertuis existant on évacue 2 cc. 5 de pus et on injecte 1 cc. de crème peptonée à 10 %.

On répète l'injection tous les jours.

21 février : La collection est affaissée, le pertuis comblé. Il persiste une rougeur et une induration, légères, la pression ne provoque aucun écoulement.

Application locale de crème peptonée.

22 février : Toute rougeur a disparu, mais il persiste une très légère induration.

24 février : La guérison est complète.

EN RÉSUMÉ : Hidrosadénite prête à s'évacuer, se fistulisant après une injection d'eau peptonée. Trois injections de crème peptonée amènent la *guérison qui est obtenue le quatrième jour du traitement*. Le malade est observé 3 semaines après : Aucune récurrence.

Obs. 2. — LEV..., 28 ans. *Hidrosadénite gauche* : 3 tumeurs fistulisées et suppurantes.

A partir du 22 février : On fait pénétrer tous les jours par instillation dans les pertuis, de la crème peptonée à 10 %.

25 février : Les pertuis sont comblés ; il persiste une rougeur et une induration légères qui ont disparu le 1^{er} mars.

EN RÉSUMÉ : Hidrosadénite fistulisée traitée par instillation de crème peptonée. La *guérison est assurée en 3 jours*. Aucune récurrence un mois après.

Obs. 3. — CHARP..., 45 ans. Hidrosadénite au cours d'une érythrodermie.

11 avril : On ponctionne la glande sans succès.

On injecte néanmoins 1 cc. de crème peptonée à 15 % (c'est par erreur qu'on n'a pas employé l'eau peptonée).

13 avril : La guérison est complète.

EN RÉSUMÉ : Hidrosadénite non fistulisée dans laquelle on pratique une injection de crème peptonée et qui *guérit en 2 jours*. Malgré ce résultat favorable nous déconseillons l'injection de crème peptonée dans les collections fermées.

Obs 4. — PORT., 54 ans. Hidrosadénite au cours d'une érythrodermie. Hidrosadénites multiples : toute l'aisselle droite est occupée par un placard induré présentant 7 bosselures acuminées à sommet blanchâtre.

16 avril : On ponctionne les glandes en passant en peau saine. Il est impossible de retirer du pus. On pratique alors dans le placard une injection de 2 cc. 1/2 d'eau peptonée à 10 %, injection traçante en donnant à l'aiguille diverses inclinaisons et diverses profondeurs.

Le lendemain les saillies sont affaissées, leurs sommets ne sont plus blancs, le placard induré a régressé de volume et d'étendue.

18 avril : Nouvelle ponction : On ne peut retirer de pus. Une injection traçante de 2 cc. 1/2 d'eau peptonée pratiquée suivant la même technique que l'avant-veille, provoque la distension et l'éclatement d'une glande. Application locale de crème peptonée à 15 %.

20 avril : Il ne persiste plus qu'un placard *plan* non bosselé, de la taille d'une pièce de 2 francs. La petite plaie due à l'éclatement de la glande est cicatrisée.

On injecte 2 cc. d'eau peptonée à 10 %.

23 avril : Le placard induré atteint à peine les dimensions d'une pièce de 1 franc. Pas d'injection : Crème peptonée en application locale.

26 avril : Guérison complète ; plus d'induration.

EN RÉSUMÉ : Hidrosadénites multiples guérissant en *cinq jours* après 3 injections traçantes d'eau peptonée. Pas de récurrence 13 jours après.

III. — Evolution

L'évolution de nos 4 cas a donc été d'une remarquable simplicité : elle a duré de 2 à 5 jours ; qu'il se soit

agi d'hydrosadénite unique ou multiple, fistulisée ou non.

Un seul incident à signaler, qui d'ailleurs n'a eu aucune suite (Obs. IV) : la distension suivie d'éclatement d'une glande.

Dans tous les cas la guérison a été définitive, l'affection jugulée ; pas une fois, nous n'avons constaté la prise d'autres glandes fait pourtant habituel au cours du traitement ordinaire des hydrosadénites et qui le rend si long et si pénible.

IV. — Avantages de la méthode

C'est donc là un gros avantage de la protéinothérapie locale sur les autres méthodes proposées pour la cure des abcès tubéreux de l'aisselle. Ce n'est pas le seul d'ailleurs : la rapidité extrême de la guérison, l'absence complète de cicatrices nous semblent devoir être des arguments probants, de la préférence qu'il faut lui donner.

COLLECTIONS DIVERSES

I. — Observations

Obs. 1. — ABCÈS DE LA FOSSE ISCHIO-RECTALE.

Bonn... 25 ans. — Volumineux abcès de la fosse ischio-rectale droite qui date de 4 jours et rend la marche impossible. Fièvre à 38°5. Ce diagnostic chirurgical a été confirmé par notre collègue et ami Funck-Brentano, interne de M. le professeur Lecène.

10 avril : On ponctionne la collection au point le plus sail

lant. On évacue 15 cc. de pus et on injecte 5 cc. d'eau peptonée à 20 %.

11 avril : Fièvre 37°8 La collection s'est fistulisée par un très petit orifice de la taille d'une tête d'épingle à la région périnéale, à distance de l'orifice de ponction qui a les dimensions de l'embout de la seringue. On évacue par aspiration 10 cc. de pus et on injecte 3 cc. de crème peptonée à 20 %.

12 avril : La température est normale, la douleur a disparu le placard inflammatoire qui s'étendait de l'anus à la lèvre droite et à la partie moyenne de la cuisse n'est plus que de la largeur d'une paume. Il est beaucoup moins rouge.

On évacue 6 cc. de pus, on lave la cavité à l'eau peptonée et on injecte 6 cc. de crème peptonée.

La malade marche normalement, va et vient dans le service.

13 et 14 avril : Même traitement.

15 avril : Le placard est large comme une pièce de 5 francs. Par l'orifice de fistulation on obtient à la pression une goutte de sérosité. Lavage à l'eau peptonée, injection de crème 3 cc. *La malade quitte le service.*

16 avril : Le placard est large comme une pièce de 2 fr. La pression ne provoque l'issue d'aucun liquide. Les orifices de ponction et de fistulisation ont gardé leurs dimensions premières. Même traitement.

17 avril : Toute rougeur a disparu. Même traitement.

18 avril : Placard induré de la taille d'un franc, l'orifice de fistulisation est fermé. Par l'orifice de ponction, on injecte 2 cc. de crème peptonée.

26 avril : On sent une petite induration de la taille d'une pièce de 0 fr. 50. L'orifice de ponction n'est pas tout à fait refermé, la pression n'en fait sortir ni pus, ni sérosité.

Revue le 24 mai : Après 5 séances de rayons ultra-violets, disparition complète de toute induration. Deux minuscules dépressions signalent le lieu de ponction et le lieu de fistulisation.

EN RÉSUMÉ : Abscès de la fosse ischio-rectale qui guérit en 16 jours. Dès le 2^e jour du traitement, la malade a pu marcher, le 5^e elle reprenait sa vie normale. Elle a guéri sans garder d'autres traces de son abcès que 2 minuscules petites dépressions des téguments de la région périnéale qui correspondent aux orifices de ponction et de fistulisation.

Enfin nous insistons sur le fait que le traitement a été institué au moment des règles, et que le sang a constamment souillé le pansement sec appliqué sur l'abcès, ce qui ne constitue de conditions favorables qu'à l'infection.

Il nous suffira seulement, pour montrer le bénéfice thérapeutique, d'énoncer le mode de traitement habituel : incision longue d'au moins 10 centimètres pour pouvoir panser à plat, injections sous-cutanées de bouillon de Delbet.

L'immobilisation du malade est, dans les cas les plus favorables, *d'au moins un mois* et il persiste une cicatrice plus ou moins disgracieuse.

Obs. 2. — ADÉNOPHLEGMON CAROTIDIEN.

BEN. ., 30 ans. Syphilis secondaire. Volumineux adénophlegmon carotidien. La moitié gauche du cou est doublée de volume. Un placard inflammatoire s'étend de la région pré-laryngée à la ligne médiane en arrière et au creux sus-claviculaire en bas. Dans la région carotidienne, maximum de voussure : masse empâtée bosselée.

Malade porteur de cicatrices d'écrouelles multiples, et qui probablement présente une adénite-tuberculeuse réchauffée

12 avril : En raison de l'impossibilité de piquer en peau

saine à distance du ganglion, on ponctionne au point le plus saillant.

On retire 30 cc. de pus vert et on injecte 3 cc. d'eau peptonée à 20%. La douleur disparaît dans l'après-midi, de même que la fièvre.

13 avril : On évacue 20 cc. de pus et on injecte 6 cc. d'eau peptonée à 20 %.

15 avril : L'orifice de ponction s'est élargi au point d'admettre l'embout de la seringue. Le placard inflammatoire est moins rouge, moins étendu. On évacue par pression environ 20 cc. de pus et on injecte 10 cc. de crème peptonée à 20 %.

16 avril : L'orifice garde la même taille, le placard inflammatoire est moins rouge, moins étendu. On évacue par pression 10 cc. de pus, et on injecte 5 cc. de crème peptonée.

17 avril : On évacue 8 cc. de pus et on injecte 3 cc. de crème peptonée.

19 avril : L'orifice est refermé. On ponctionne au même endroit et on évacue 5 cc. de pus. On injecte 2 cc. 1/2 de crème à 20 %.

23 avril : Le cou a repris son volume normal, le placard inflammatoire a disparu. La peau, à l'endroit correspondant au ganglion, a un aspect livide. Il n'y a pas d'orifice de fistulisation. On retire par ponction 4 cc. de sérosité claire et on injecte 2 cc. d'eau peptonée à 20 %.

25 avril : On ne sent plus qu'une vague tuméfaction profonde dans la région carotidienne.

La peau a repris son aspect normal

Recue le 10 mai : Aucun empâtement ne persiste.

EX RÉSUMÉ : Adénophlegmon du cou, greffé probablement sur un ganglion tuberculeux, qui guérit en 13 jours sans fistulisation après 7 injections d'eau et de crème peptonée à 20 % pratiquées en plein centre de la tuméfaction.

Le traitement ordinaire de ces phlegmons consiste en un drainage au séton de crins, intervention à quoi sont associées les injections de bouillon de Delbet. La guérison est rapide dans la plupart des cas. Donc, même si la protéinothérapie locale n'a accéléré la guérison que de peu, le bénéfice est certain, elle a épargné au malade les violentes réactions que provoque le Propidon, ce qui est loin d'être négligeable.

Obs. 3. — ABCÈS CHAUD DE LA RÉGION PUBIENNE.

BEIG..., 32 ans. Abscess qui date de 8 jours. Taille 1/2 œuf. Œdème et rougeur infiltrent la lèvre.

7 mai : En ponctionnant à distance on retire 3 cc. de pus et on injecte 1 cc. 1/2 d'eau peptonée.

9 mai : On retire 3 cc. de pus et injecte 2 cc. eau.

12 mai : L'abcès pubien est plus rouge, plus tendu, mais la lèvre est dégagée. *On ponctionne au centre* : 3 cc. de pus sont retirés, 2 cc. d'eau sont injectés.

13 mai : Amélioration notable. *Il n'y a pas de trace de notre ponction de la veille.* Par ponction faite au même endroit ; on retire 3 cc. de sérosité sanglante, et injecte 2 cc. d'eau peptonée.

15 mai : La rougeur a presque entièrement disparu. La collection est affaissée complètement. Il n'y a pas de trace des 2 ponctions faites au centre. On ponctionne à distance. On retire 2 cc. de sérosité sanglante très claire, et on injecte 2 cc. d'eau peptonée.

Revue le 20 mai : Tout est rentré dans l'ordre depuis la veille.

EN RÉSUMÉ : Abscess chaud de la région pubienne qui guérit en 12 jours sans fistulisation, malgré 2 ponctions faites en plein centre de la collection. Les considérations

auxquelles a donné lieu le cas précédent sont applicables ici.

Obs. 4. — ABCÈS CHAUD DE LA RÉGION PÉRINÉALE ET DE LA BASE DE LA GRANDE LÈVRE GAUCHE.

HERS..., 48 ans. *13 mai*: La collection a la taille d'un œuf 1/2. La tuméfaction s'étend jusqu'à la partie moyenne de la face interne de la cuisse. Piquant au point le plus saillant on retire par ponction 20 cc. de pus vert rougeâtre et on injecte 4 cc. d'eau peptonée à 10 %.

La douleur disparaît dans l'après-midi et la marche devient normale dès le lendemain.

15 mai: Tout aspect inflammatoire a disparu. Seule la base de la lèvre et la région périnéale à proximité sont infiltrées: on sent un placard induré. La ponction permet de retirer 4 cc. de *sérosité sanglante très fluide*. On injecte 4 cc. d'eau peptonée à 10 %.

17 mai: L'induration a beaucoup diminué. La ponction donne issue à 2 cc. de *sérosité sanglante très fluide*. On injecte 1 cc. d'eau peptonée.

20 mai: Guérison complète. Pas d'induration.

EN RÉSUMÉ: Abscès chaud de la région périnéo-vulvaire, qui guérit en 7 jours sans fistulisation malgré 3 ponctions faites en plein centre de la collection.

II. — Avantages de la méthode

Il suffit de lire l'observation de notre cas d'abcès de la fosse ischio-rectale pour se rendre compte des avantages de la protéinothérapie locale sur toute autre méthode de traitement.

Dans les autres observations d'abcès chaud, ou d'adénophlegmon, nos délais de guérison sont au moins aussi

rapides que dans les meilleurs des cas traités autrement et la protéinothérapie locale a évité à nos malades les réactions excessivement pénibles que provoquent les injections de Propidon chez l'adulte.

AVANTAGES GÉNÉRAUX DE LA PROTÉINOTHÉRAPIE LOCALE

Tels sont donc les succès parfois inespérés que peut donner la protéinothérapie locale.

Il est de mise de n'apprécier qu'avec un prudent scepticisme les résultats d'une médication, quelque brillants de prime abord qu'ils puissent paraître.

Si l'on connaissait mieux l'évolution des maladies, on parlerait peut-être plus souvent de coïncidence que d'action thérapeutique. Nous n'en voulons pour preuve que les récentes observations de grands abcès du poumon spontanément curables.

Mais il nous semble que nos observations permettent, sans faire montre d'un excessif enthousiasme, de reconnaître quelque valeur à la méthode que nous préconisons. Nous nous sommes adressé pour en faire la preuve, à des affections dont la désespérante lenteur d'évolution n'est que par trop connue. Et si dans quelques rares cas nos tentatives ont abouti à un échec, nos réussites sont rendues plus intéressantes encore, du fait même de la nature des suppurations traitées, de leur caractère d'ordinaire si rebelle à la thérapeutique. Nos résultats sont loin d'être constants : comme toute médication, la pro-

téinothérapie locale a ses défaillances. Mais il nous faut encore insister sur le rôle joué dans le succès de la méthode par la nature de la peptone employée.

C'est du jour seulement où nous a été délivrée une peptone de mauvaise qualité, que nous avons compté des guérisons plus lentes, et quelques insuccès. Nous pensons que la constance de cette thérapeutique ne se serait pas démentie, si la peptone employée eût toujours été d'une pureté aussi irréprochable que lors de nos premiers essais.

Nous avons à propos de chaque série de cas particuliers, mis en parallèle les résultats des méthodes usuelles tant médicales que chirurgicales, et ceux de la protéinothérapie locale. Nous reproduisons ici notre statistique :

Bubons : 12 cas traités, 11 guérisons, 1 traitement interrompu.

Bartholinites : 33 cas traités, 26 guérisons, 7 échecs ;

Hidrosadénites : 4 cas traités avec succès ;

Collections diverses : 4 cas avec succès ;

Notre pourcentage de succès est donc de 87 %.

Les avantages de la méthode sont les suivants : les guérisons sont rapides, et ne nécessitent pas la production de réactions générales, l'intervention sanglante est évitée aux malades et aucune cicatrice ne subsiste après nos injections.

1^o Rapidité de la guérison. — Nous avons guéri en moyenne :

Une bartholinite en 5 à 10 jours ;

Un bubon chancrelleux en 10 à 20 jours ;

Une hidrosadénite en 2 à 5 jours ;

Un abcès chaud en 8 à 15 jours.

La rapidité des guérisons est donc ou supérieure, ou égale aux meilleurs de celles obtenus avec d'autres méthodes.

De plus, fait qui n'est pas négligeable, dans presque tous nos cas le traitement a été ambulatoire : si l'hospitalisation de certains sujets a été prononcée, elle n'a jamais duré plus de 5 à 6 jours.

Rappelons notre cas d'abcès de la fosse ischio-rectale : la malade a marché dès le 2^e jour du traitement, et a repris sa vie normale dès le 5^e jour.

2^o Absence de réactions générales. — Chez 5 malades seulement, (bartholinites 11, 20, 26, 29, bubon 12) nous avons noté une réaction générale, minime d'ailleurs, et tout à fait négligeable.

Une seule fois (bubon n^o 12) nos injections ont déterminé une ascension thermique. Dans tous les autres cas, si la fièvre existait avant l'injection, la température est revenue à la normale le jour même ou le lendemain.

C'est donc là un procédé dont l'efficacité et la simplicité se doublent d'une parfaite innocuité : les réactions hautement fébriles ou douloureuses de la vaccinothérapie ou de la protéinothérapie générale sont épargnées à l'organisme.

3^o Suppression de l'intervention. — Sauf pour les bubons, l'intervention sanglante était jusqu'ici le terme

évolutif nécessaire des suppurations que nous avons traitées. Insignifiante dans les cas d'hydrosadénites, d'abcès chauds superficiels, ou d'adénophlegmons du cou, c'est déjà une véritable opération en cas d'abcès de la fosse ischio-rectale. L'opération est plus délicate encore s'il s'agit de bartholinite. La difficulté de la dissection de la glande, l'hémorragie profuse qu'elle détermine, la suppuration plus ou moins longue qui lui fait suite, l'ont de tout temps fait considérer comme l'une des plus rebutantes interventions qui soient. Un procédé permettant de l'éviter ne peut donc que recueillir l'approbation des chirurgiens.

En définitive, la protéinothérapie locale des suppurations aiguës circonscrites, épargne aux malades une intervention sanglante plus ou moins importante, et du même coup, leur assure la guérison dans les mêmes délais, sinon plus rapidement.

4° Caractère esthétique de la méthode. — C'est le dernier point sur lequel nous insisterons. Quelle que soit la nature de la collection traitée, nos injections ne laissent pas de traces.

Si une fistulisation se produit, l'orifice en reste toujours très minime et ne laisse à sa place qu'une minuscule petite dépression de l'épiderme. Il nous semble donc que la méthode est fort avantageuse au point de vue esthétique, si tant est que l'on puisse encore oser écrire ce mot.

MODE D'ACTION

Nous avons cherché à élucider le mode d'action de la protéinothérapie locale.

Tout d'abord la méthode ne se réclame d'aucune spécificité. Non seulement il n'est pas question d'interpréter les résultats par l'action d'antigène et d'anticorps, mais encore la nature du germe en cause est indifférente au succès de la médication. Dans les collections traitées, la flore microbienne s'est montrée fort variable.

Dans les bartholinites, nous n'avons trouvé que deux fois le gonocoque d'ailleurs associé à d'autres germes, nettement prédominants en nombre. Presque toujours nous avons observé l'association de staphylocoques et de colibacilles, quelquefois de streptocoques.

Dans les abcès chauds nous avons toujours mis en évidence le staphylocoque, de même que dans les hidrosadénites et l'adénophlegmon du cou.

Dans les bubons nous n'avons jamais trouvé de streptobacille.

Il nous est très difficile d'expliquer le mécanisme par lequel agit la protéinothérapie locale. Aussi nous bornerons-nous à exposer les faits constatés sans les interpréter.

Employant de la peptone, nous devions songer à

l'existence d'un choc protéique possible : 5 de nos malades ont présenté des phénomènes qui ne nous semblent imputables qu'à celui-ci. La céphalée survenant quelque temps après l'injection, le malaise immédiat, la pâleur ou la vultuosité de la face avec injection des conjonctives, l'impression de gonflement laryngé, voilà bien des symptômes classiquement décrits dans le choc protéique.

Nous avons cherché dans dix cas si l'on ne pouvait après les injections, mettre en évidence les signes d'un déséquilibre humoral, d'une crise hémoclasique latente. Chez ces dix malades, porteurs de diverses suppurations, en l'absence de tout signe clinique, nous avons constaté une leucopénie immédiate. Nos numérations ont été faites toutes les vingt minutes pendant deux heures. La leucopénie s'observe dès le premier examen en cas d'injection d'eau peptonée, au deuxième ou troisième seulement lorsqu'il s'agit d'injection de crème peptonée. Elle s'est toujours montrée valable : diminution au moins de moitié du nombre des leucocytes.

A la fin de la 2^e heure, elle existait encore. Il nous semble donc logique de penser que l'injection locale de peptone provoque une crise vasculo-sanguine latente. Des particules de la solution ont dû pénétrer dans un vaisseau sanguin, chez les 5 malades précités et provoquer ainsi un choc protéique à manifestation clinique. Rappelons combien il a été effacé dans son allure.

Localement, l'injection d'eau peptonée dans une collection fermée, détermine de façon inconstante une poussée inflammatoire d'ailleurs légère et temporaire au

début du traitement. Nous l'avons notée souvent dans les bubons ; elle a consisté en un accroissement de volume de la collection, une augmentation de la rougeur locale.

L'intensité de cette réaction a donc toujours été très moyenne : jamais elle n'a acquis les proportions considérables de celles qu'engendre dans un abcès froid une injection modificatrice quelconque, et en particulier elle s'est toujours montrée fort peu douloureuse. Nous n'avons observé de réaction locale qu'une fois dans les bartholinites (n° 20) ; une fois également dans les abcès chauds (n° 3) ; jamais dans les hidrosadénites. Jamais les injections de crème peptonée n'ont déterminé de poussée réactionnelle. Mais les modifications subies par le pus sont constantes quel que soit le type de suppuration traité.

A la première ponction, on retire un pus franc, épais, riche en leucocytes polynucléaires plus ou moins altérés. Dès la 2^e ou 3^e ponction, le pus moins abondant, moins épais, plus fluide, donne l'impression d'avoir subi une liquéfaction. Il est très souvent rougeâtre sanglant. Les leucocytes sont encore abondants. Puis, rapidement l'on ne retire plus qu'une sérosité claire ou sanglante, cependant que la collection fluctuante fait place à un nodule ou à un placard fibreux induré qui se résorbe peu à peu. Nous n'avons pas constaté de façon certaine une augmentation du nombre des leucocytes dans le pus. Mais nos procédés d'appréciation ont été grossiers. Nous n'avons fait que des étalements sur lames.

Ce qu'on sait de la peptone nous autorise à penser que les injections entraînent un afflux local de leucocytes : n'est-ce pas ainsi qu'Issaef et Bordet, dans leurs expériences d'il y a une trentaine d'années, provoquaient un exsudat riche en leucocytes dans le péritoine de cobayes qu'ils voulaient préparer avant l'injection de cultures de streptocoques ou de vibrion cholérique.

En définitive la protéinothérapie locale nous apparaît comme un cas particulier de la méthode de Nolf, dont le mécanisme est expliqué par les recherches de Widal. Et le 1^{er} mars 1929, dans une communication à la Société Médicale des Hôpitaux, faite par M. Sézary et nous, l'hypothèse était émise d'un choc protéique à manifestation locale.

Nous poursuivons nos recherches et nous nous gardons de conclure de façon ferme et définitive.

HISTORIQUE

Nous rappelons dans ce chapitre les principaux traitements locaux non chirurgicaux opposés aux suppurations circonscrites.

On peut les grouper sous deux chefs :

Médications chimiques ;

Médications biologiques.

I. — Les médications chimiques

Les injections modificatrices s'adressent surtout aux collections froides, mais l'injection de vaseline iodoformée dans les bubons, la classique méthode de Fontan est encore à l'heure actuelle couramment employée. Leur mode d'action a été particulièrement étudié par M. le Professeur agrégé FIESSINGER. Dans son remarquable ouvrage sur les ferments des leucocytes, M. FIESSINGER a rassemblé ses recherches entreprises depuis 1906.

Pour guérir les abcès froids, il faut « réactiver leur pus » en provoquant un abondant afflux de leucocytes polynucléaires, cellules riches en protéase, ferment protéolytique dont l'action est voisine de celle de la trypsine. Les injections de nucléinate de soude en solution au

1/100^e sont particulièrement recommandables pour provoquer artificiellement cette protéolyse naturelle. Les injections modificatrices habituelles (éther iodoformé, huile goménolée, naphthol camphré) n'agissent pas autrement. L'allure torpide de l'abcès tuberculeux change aussitôt et la guérison survient rapidement. Le corollaire de cette méthode consiste à obtenir la guérison des abcès chauds par la neutralisation de l'activité protéolytique de leur pus : M. FRIESSINGER a employé dans ce but les injections d'anti-ferment contenu dans le sérum sanguin, le liquide d'ascite ou d'hydrocèle. Mais en 1910, il conclut que l'action purement sédative de l'antiferment n'est jamais suffisante pour éviter l'incision de l'abcès.

La protéinothérapie locale diffère donc des méthodes de protéasothérapie et d'antiprotéasothérapie locales : nous ne l'avons employée que dans des collections aiguës, nous avons dans la grande majorité des cas évité l'intervention sanglante, et nous n'avons jamais provoqué les intenses et douloureuses réactions locales consécutives aux injections modificatrices quelles qu'elles soient. Mais il n'en reste pas moins que le parallélisme des deux méthodes est hors de doute ; le rôle des ferments leucocytaires démontré dans l'une, très probable dans l'autre, est le point qui les unit.

II. — Les médications biologiques

Les sérums, les vaccins, le bactériophage ont été employés localement pour traiter les suppurations aiguës.

1^o **La sérothérapie locale.** — Dans la 3^e édition de son « Précis » DARIER signale qu'il a traité avec succès certains bubons chancrelleux par des injections de sérum antiméningococcique. Aux injections locales il associait la sérothérapie sous-cutanée. Pour instituer ce traitement il s'était basé sur les analogies du pouvoir histolytique du streptobacille et du méningocoque.

2^o **La vaccinothérapie locale.** — Depuis la découverte de BESREDKA l'emploi des bouillons vaccins en pansements et en injections locaux s'est généralisé.

En 1923 BESREDKA et Mlle BASS signalent les excellents résultats obtenus dans certaines staphylococcies et streptococcies.

En 1924 Mlle BASS, SOUPAULT et BROUET résument leur expérience du traitement des furonculoses, anthrax, phlegmons, lymphangites, pleurésies purulentes.

En 1925 M. le Professeur MARFAN avec Mlles DREYFUS et ODIER publient leurs résultats obtenus dans les pyodermes.

L'on peut dire qu'il n'est pas à l'heure actuelle de suppurations dont le traitement n'ait bénéficié de l'action des filtrats vaccins spécifiques.

Aux bubons chancrelleux, HABABOU-SALA à partir de mars 1923 a opposé un filtrat vaccin spécifique. Au mois d'avril et de juin de la même année JEANSELME, JAUSION et DIOT réalisent le traitement du bubon par des injections locales d'un stock-filtrat comprenant le filtrat spécifique du streptobacille complété de celui de ses sym-

biotes ordinaires. Ils modifient de plus la technique locale par l'emploi des gélo-vaccins.

Ces méthodes étaient l'objet de communications importantes de la part de LORTAT-JACOB et LEGRAIN, de HABABOU SALA au Congrès de Bruxelles de 1926. Depuis cette date le silence s'est fait sur le traitement local du bubon chancrelleux.

On ne semble guère avoir appliqué aux bartholinites la vaccinothérapie locale. Une communication de BASSET et POINCELOUX en 1927 relate la guérison en 8 jours d'une bartholinite après injections d'un stock vaccin antigono-antistaphylococcique. C'est le seul cas que nous ayons retrouvé.

3° Le bactériophage. — De divers côtés on a traité par le bactériophage les suppurations locales.

M. MARFAN l'a appliqué avec succès au traitement des pyodermites ; 2 articles de RAIGA relatent la façon dont cette médication est appliquée au traitement des anthrax et furoncles, des panaris, des plaies infectées des doigts et de la main dans le service de M. le Pr GOSSET.

III. — La protéinothérapie locale

Nous n'avons aucune expérience personnelle de ces diverses thérapeutiques ; nous ne songeons donc pas à leur opposer celle que nous préconisons. Et cela d'autant moins qu'à la lecture des observations les résultats apparaissent comme entièrement comparables.

Ni la rapidité des guérisons, ni le pourcentage des

succès ne semblent devoir faire préférer une méthode plutôt que l'autre.

Notre champ d'expériences a été forcément limité du fait que nos recherches ont eu lieu dans un service de dermatologie ; mais il n'y a aucune raison de penser que la protéinothérapie locale puisse se montrer moins efficace dans d'autres suppurations circonscrites. Nous souhaiterions en faire l'essai sur les panaris, les phlegmons, les abcès du sein ; nous aimerions tenter la même thérapeutique au cours de pleurésies purulentes, d'abcès du poumon ou du foie. Dans ces cas la plus grande prudence serait nécessaire pour éviter les accidents que pourrait causer la trop rapide absorption de la peptone dans des cavités richement vascularisées.

D'ailleurs nos recherches n'aboutissent pas seulement à faire connaître un nouveau traitement destiné peut-être demain à rejoindre dans les limbes de l'oubli tant d'autres médications. Elles ont une portée beaucoup plus générale ; elles éclairent le mode d'action des médications bactériennes employées jusqu'ici, amènent à préciser le rôle des protéines contenues dans ces diverses médications.

Il y a beau temps déjà que les opinions sont partagées au sujet du mode d'action de la vaccinothérapie générale : s'agit-il d'un choc protéinique ou au contraire d'un effet spécifique ; faut-il admettre une action de choc immédiate liée aux protéines microbiennes doublée d'une action spécifique tardive ?

Les mêmes interprétations ont été données du mode d'action de la vaccinothérapie locale.

En juillet 1925 FOURNIER et LONJUMEAU publient les résultats obtenus en traitant les bubons chancrelleux par l'injection intraganglionnaire d'un vaccin polymicrobien non spécifique : ils concluent que leur traitement constitue plutôt une protéinothérapie qu'une vaccinothérapie locale et que d'aussi favorables effets pourraient peut-être résulter de l'emploi de protéines non bactériennes.

En 1926 F. P. GAY admet que l'action des filtrats vaccins peut être uniquement due à la peptone qu'ils contiennent et qui accroît l'afflux leucocytaire *in situ*.

Dans le mémoire auquel nous avons déjà fait allusion M. le P^r TEISSIER, REILLY et RIVALIER estiment que cette opinion est peut-être trop exclusive et qu'il faut réserver un rôle à l'antigène contenu dans les filtrats microbiens.

Mais ces opinions, que d'ailleurs nous ignorions au début de nos recherches, n'étaient que des hypothèses ; nos observations en font des réalités : la peptone employée seule suffit à provoquer la guérison rapide de certaines collections purulentes.

En somme, protéinothérapie et vaccinothérapie sont deux méthodes connexes : par la seule protéinothérapie locale tentée avec des protéines non microbiennes nous obtenons les mêmes résultats qu'en employant la vaccinothérapie locale. Qui plus est, l'action de la méthode semble dans nos cas de bubons, régie par les mêmes lois que la vaccinothérapie générale : plus est ancien le foyer infectieux, plus est rapide la guérison comme s'il y avait un état de sensibilisation de l'orga-

nisme, de « réactivité protéinique » pour employer le mot de ZOELLER. Phénomènes inflammatoires au début du traitement, légers il est vrai, réaction focale œdémateuse plus tardive n'ont pas manqué dans nos observations et constituent une analogie de plus entre les effets des deux méthodes.

En définitive nous ne songeons nullement à contester le mode d'action spécifique des différents filtrats-vaccins. Mais nos recherches prouvent que les peptones contenues dans ces préparations jouent un rôle qui n'est pas à négliger. Ce rôle est important et de la richesse en peptone de la préparation employée dépend peut-être l'efficacité de la médication.

Dans le service de M. le Pr MARFAN les impétigos étaient traités comparativement par des applications locales de filtrat-vaccin et de bactériophage ; la rapidité de guérison était la même, mais alors que les résultats étaient définitifs chez les sujets traités par les bouillons-vaccins, les récurrences étaient de règle pour les autres.

Or le filtrat, lorsqu'on emploie le bactériophage, ne contient que les peptones du bouillon ; dans les filtrats-vaccins existent peptones du bouillon et protéines microbiennes.

Nous rapprocherons ce fait de la nécessité d'un taux de concentration optimum de la solution de peptone pour le succès de nos expériences.

Tels sont donc les constatations cliniques qui permettent de rapprocher ou d'unir la vaccinothérapie et la protéinothérapie locales.

Mais dans le domaine de l'expérimentation les analogies vont encore plus loin.

En 1901-1902 ISSAEF et BORDET protègent le péritoine d'un cobaye contre les infections cholériques et streptococciques par l'injection préalable de bouillon dans la cavité péritonéale qui, en provoquant une leucocytose locale, concentre les facteurs de la phagocytose.

En 1923 ARLOING et LANGERON constatent que l'injection intrapéritonéale d'une substance protéique banale (sérum de cheval, caséine, solution de peptone à 5 %) peut conférer au cobaye un état réfractaire local d'une durée de quelques heures vis-à-vis de l'infection par le bacille pyocyanique.

Quelques mois après ces auteurs, GRATIA relate des expériences personnelles où il réalise chez le cobaye une immunité locale d'une durée de 30 heures pour l'infection charbonneuse par injection intracutanée de peptone ou de bouillon.

Pour ces expériences d'ailleurs, il faut plutôt parler d'état réfractaire que d'immunité locale, mais l'action de la peptone y est mise en évidence et ARLOING a pu parler d'une véritable « vaccination protéinique préventive » pour expliquer ces cas où l'afflux leucocytaire *in situ* concentre les facteurs physiologiques de la défense.

En définitive nos constatations sont du même ordre que celles de M. le P^r TEISSIER, REILLY et RIVALIER pour la vaccinothérapie générale : « le problème du mode d'action de la vaccinothérapie spécifique rejoint celui de la protéinothérapie ».

CONCLUSIONS

I. -- Avec M. le Pr agrégé SÉZARY nous avons étudié une nouvelle méthode de traitement des suppurations aiguës circonscrites, la protéinothérapie locale par injections d'eau peptonée à 10 % ou de crème peptonée à 10 %.

II. -- Nous avons appliqué cette méthode à 53 cas de suppurations diverses :

- 12 bubons chancrelleux ;
- 33 bartholinites ;
- 4 hidrosadénites axillaires ;
- 3 abcès chauds de siège divers *dont un abcès de la fosse ischio-rectale* ;
- 1 adénophlegmon carotidien.

Cette thérapeutique ne nous a donné que 7 succès. Si la peptone délivrée eut toujours été d'une qualité parfaite nous pensons que la constance de la méthode ne se fût pas démentie.

III. — Nous souhaitons pouvoir la mettre en œuvre contre d'autres types de collections suppurées telles que

panaris, phlegmons, abcès du sein, et même pleurésies purulentes ou abcès viscéraux.

IV. — Les avantages de la protéinothérapie locale sont à considérer à plusieurs points de vue :

- simplicité extrême de la méthode ;
- absence d'immobilisation des malades ;
- absence habituelle de réactions générales ;
- rapidité de la guérison ;
- suppression de l'intervention sanglante dans les cas où de prime abord elle aurait pu paraître indispensable.

V. — Mais nos recherches n'aboutissent pas seulement à préconiser une méthode nouvelle de traitement des collections purulentes dont l'intérêt pratique s'avère de premier ordre. Elles ont aussi une portée beaucoup plus générale : la protéinothérapie locale peut servir à éclairer le mode d'action de certaines médications bactériennes.

Vu, le Doyen,
H. ROGER

Vu, le Président de la thèse
BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

ARLOING et LANGERON. — Essais sur la vaccination protéinique polyvalente préventive (*Bull. Acad. Méd.*, 1923, 24 avril, 29 juin).

ARTHUS. — De l'anaphylaxie de l'immunité (Masson, 1921).

BASS, SOUPAULT, BROUET. — Des pansements antimicrobiens dans la pratique humaine (*Presse Méd.*, 16 janvier 1924).

BASSET et POINCLOUX. — *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 11 mai 1927.

BESREDKA. — Immunisation locale (Masson, 1925).

BESREDKA. — Etudes sur l'immunité dans les maladies infectieuses (Masson, 1928).

BESREDKA. — Sur l'immunité locale et la vaccinothérapie locale (*Ann. de l'Institut Pasteur*, 30 juin 1922, 15 juillet 1922, 31 mars 1924, 15 avril 1924) (*C. R. Soc. Biol.*, 19 mai 1923, 2 juin 1923, 21 juillet 1923).

DARIER. — *Précis de Dermatologie*, 3^e édition (Masson 1923).

FIESSINGER. — Les ferments des leucocytes (Masson, 1923).

FOURNIER et LONJUMEAU. — Traitement du bubon chancreléux (*Gazette des Hôp.*, 14-16 juillet 1923).

GAY. — On local Tissue Immunity (*Arch. Path. and Lab. Méd.*, avril 1926).

GRATIA. — Phagocytose et Immunité locale (*C R Soc. Biol.*, 13 octobre 1923),

HABABOU-SALA. — Milieu de culture du streptobacille (*C. R. Soc. Biol.*, 21 février 1923).

HABABOU-SALA. — *Thèse Paris*, 1926.

HABABOU-SALA. — Congrès Dermatologie de Bruxelles, 1926.

JEANSELME JAUSION et DIOT. — *Bull. et Mém. Soc. Derm. Syph.*, 14 juin 1923).

LANGERON. — Immunité et vaccinothérapie locale (*Clinique et laboratoire*, 20 décembre 1924).

LORTAT-JACOB. — *Congrès Derm.*, Bruxelles, 1926.

MARFAN, MILES DREYFUS et ODIER. — (Nourrisson, 1923).

RAIGA. — Traitement des furoncles et anthrax par le bactériophage de d'Hérelle (*Presse Méd.*, 1929, n° 12)

RAIGA. — Traitement par le bactériophage de d'Hérelle des panaris et des plaies infectées des doigts et de la main (*Progr. Méd.*, 1929, n° 10).

SÉZARY. — Les lipo-vaccins (*Jour. Méd. franc.*, mars 1925).

SÉZARY COMBE et BENOIST. — Sporotrichose cutanée traitée par un auto-vaccin ; contribution à l'étude du mode d'action de la vaccinothérapie (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1927).

SÉZARY et BENOIST. — Tuberculose pulmonaire aiguë au cours du traitement d'un chancre mou par le vaccin de Nicolle (*Soc. Derm. Syph.*, 10 novembre 1927).

SÉZARY et WORMS. — Deux cas d'albuminurie et d'hématurie consécutives à des injections de vaccin antichancereux. Traitement du bubon par l'injection intraganglionnaire d'eau peptonée (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 20 avril 1928).

SÉZARY et DURUY. — La protéinothérapie locale (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1^{er} mars 1929).

TEISSIER, REILLY et RIVALIER. — Mode d'action de la vaccinothérapie spécifique (*Ann. de Méd.*, février-mars 1929)

ZOELLER. — Immunité antitoxique de l'homme ; notion de réactivité spécifique (*Ann. Méd.*, mars 1928)

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Exposé.....	11
Technique générale de la protéinothérapie locale.....	13
Application de la méthode au traitement :	
des bubons chancrelleux.....	17
des bartholinites.....	30
des hidrosadénites.....	36
de collections purulentes diverses.....	60
Avantages généraux de la protéinothérapie locale.....	67
Mode d'action.....	71
Historique.....	75
Conclusions.....	83
Bibliographie.....	85
Table des matières.....	87

1929 Saint-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC.